This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

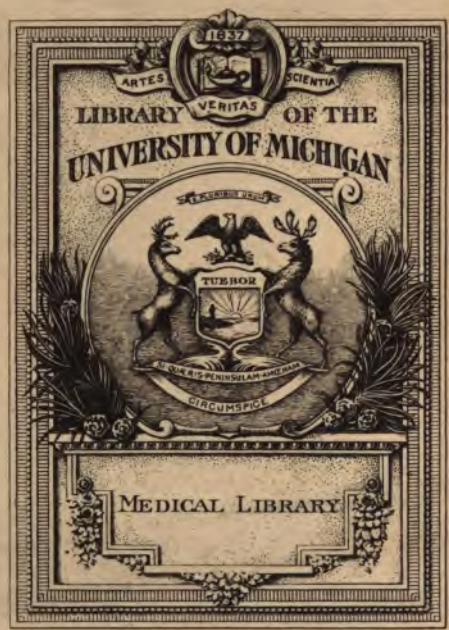
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.
R46
M5
183
v.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE
MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Journal

DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE;

PAR

MM. BAYLE, CAYOL, GIBERT, MARTINET.

1836.

TOME QUATRIÈME.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,
Rue Servandoni, n° 17, Hôtel de la Mairie.

1836.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

Med-Fee
Gottschalk
9-19-27
15372

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

posthume et inédit

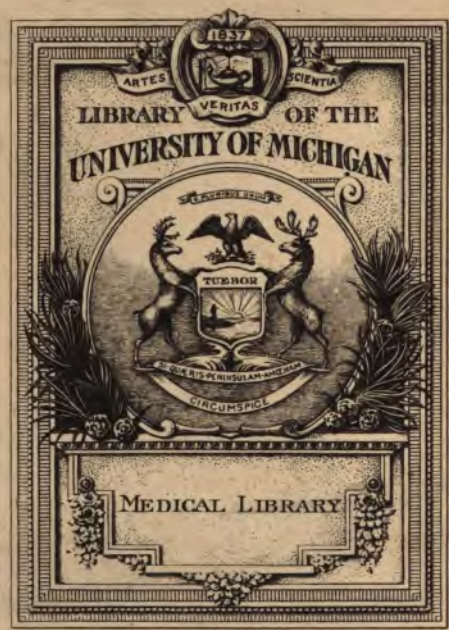
Sur la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie;

Par M. Léveillé,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Lu à l'Institut, dans les séances des 20 *et* 27 *juin* 1814.

L'appareil urinaire est simple et peu compliqué, ses rapports avec les parties voisines sont faciles à saisir par cela même qu'ils sont limités. Dès-lors, on est tenté de croire qu'il est très-aisé d'acquérir la connaissance parfaite des maladies de la vessie, pourvu qu'on ait quelques notions précises sur l'anatomie de cet organe. L'expérience m'a convaincu du contraire en ce qui concerne quelques douleurs atroces et prolongées, sur lesquelles nous ne possédons presque aucune observation particulière.


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

gl.
h

610.5
R46
M51
183
v.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

soulagé qu'autant qu'il se promène en chemise dans la chambre ou qu'il s'assied sur une chaise de crin. C'est en vain qu'il a recours aux fumigations, aux bains de fauteuil, aux lavements adoucissants, etc. Il n'obtient de soulagement momentané que de l'application des cataplasmes émollients sur le périnée. Ayant considéré cet état comme rhumatique, j'ai prescrit un bain de pieds très-chaud, fortement sinapisé, et j'ai fait boire alternativement du petit-lait et de l'eau de chiendent émulsionnée. La grande chaleur générale a diminué, les accès de souffrance se sont éloignés, les envies d'uriner ont été moins fréquentes, le malade a pu se livrer à un sommeil de deux ou trois heures, qui était interrompu brusquement après cet espace de temps par de nouvelles douleurs, dont la durée se terminait aussitôt que le besoin était satisfait. Les jours suivants, le mieux s'est soutenu à l'aide des mêmes moyens auxquels j'ai joint l'usage répété des demi-lavements narcotiques. Le malade a repris complètement son sommeil ordinaire et n'a plus été tourmenté que de quatre en quatre heures à peu près. Le douzième jour, à dater de celui où je fus appelé, le 25 juillet, je fus témoin d'un violent accès qui ne se renouvela plus. Je fis exposer le périnée sur un vase contenant de l'eau fraîche, en même temps que les pieds étaient plongés dans un bain sinapisé très-chaud. La guérison depuis cette dernière circonstance s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. III. — Un prêtre de la Vendée, prisonnier d'état, âgé de cinquante cinq ans, éprouva, dix-huit ans auparavant, des difficultés d'uriner après des courses à cheval forcées par les circonstances. Dans ses voyages, il lui fallait souvent mettre pied à terre et faire beaucoup d'efforts

inutiles pour uriner, à la suite desquels le fluide déposé dans la vessie s'écoulait tout-à-coup avec facilité et grands soulagements. Depuis, ce malade a contracté deux fois la gale dont il semble avoir été bien guéri. Il y a trois ans, nouvelle rétention d'urine qui dura quelques jours et céda au traitement que l'on crut devoir lui opposer. Pendant deux ans de détention à la prison de la Force, cet homme a souffert de vives douleurs dans les lombes du côté droit et à la cuisse correspondante. Transféré à Sainte-Pélasgie, il a ressenti de nouveau les mêmes incommodités contre lesquelles j'ai prescrit avec succès les pédiluves très-chauds et les lavements émollients.

Le 7 janvier 1814, M. J.... fut pris tout-à-coup d'un accès de fièvre avec tremblement; des sueurs le terminèrent après douze heures. Le lendemain, un autre prisonnier, qui se disait chirurgien, prescrivit en lavage deux grains de tartrite de potasse antimonié, qui provoquèrent trois ou quatre vomissements et deux ou trois petites selles; le quatrième jour de la maladie, il fit avaler une demi-once de magnésie avec deux gros de poudre de quinquina: quelques évacuations alvines en furent l'effet. La tisanne habituelle consistait en une décoction de chiendent, de réglisse et d'orge.

Pendant l'accès de fièvre, les urines coulèrent en très-petite quantité et fort épaisses; après, elles furent plus abondantes, rouges et chargées. Tout-à-coup, elles s'arrêtèrent dans la nuit du septième au huitième jour; un bain local rétablit leur cours, mais l'émission en fut difficile et douloureuse; dès ce moment le chirurgien ajouta deux gros de nitrate de potasse à la boisson ordinaire.

Le huit, quelques irritations hémorroïdaires détermi-

nèrent à l'application de quelques sangsues à l'anus, et, par ce moyen, on fit une forte saignée. Cependant, les urines ont continué de couler avec peine et peu à la fois, immédiatement après cette application de sangsues, et le malade s'étant à peine remis au lit, un besoin d'uriner devint pressant et tous les efforts furent inutiles. Le chirurgien introduisit une bougie qui se courba dans le canal et ne pénétra pas dans la vessie. On eut recours aux fumigations, qui loin de soulager parurent exaspérer le mal; des compresses imbibées d'une décoction émolliente, un bain local procurèrent un mieux qui ne se soutint pas. Les douleurs persistèrent dans la région hypogastrique avec des pesanteurs insupportables sur le rectum et le périnée; le onzième jour, les accidents étaient de la dernière violence. On tenta de nouveau l'introduction d'une sonde élastique, et une telle résistance fut opposée au-devant de la prostate, qu'on n'osa pas aller plus loin; trois fois, en retirant cet instrument, il s'écoula de l'urètre un mucus sanguinolent. On vint à l'essai aussi infructueux d'une bougie. Après un instant de calme, les urines coulèrent un peu et s'arrêtèrent bientôt encore tout-à-fait.

Le malade tomba dans des angoisses si épouvantables, que je fus enfin instruit de sa position et appelé près de lui comme médecin ordinaire de la maison. La rétention d'urine était complète; la vessie faisait saillie au-dessus du pubis. Cette région ne me parut pas très-douloureuse au toucher; en la pressant légèrement avec la main, je provoquais des envies plus grandes d'uriner. Le malade faisait de grands efforts; il poussait sur le périnée et le rectum au point de rendre ses excréments et de craindre

beaucoup une chute de cet intestin. Dans le même moment, le pénis se gonflait prodigieusement et une douleur vive se faisait sentir fixement au-dessous du gland, dans la fosse naviculaire; enfin, la figure était rouge, tuméfiée et l'agitation était extrême. Le pouls non fébrile se montrait tel qu'on l'observe ordinairement dans tout autre état de souffrance violente, c'est-à-dire régulier, fort, développé et fréquent. Aussitôt, je me suis borné à prescrire en boisson une légère décoction de chiendent, dans laquelle on a mis infuser un peu de graine de lin et dissoudre quinze grains de nitrate de potasse. En même temps, j'ai donné chaque deux heures un tiers de lavement, composé de la décoction de racine de guimauve, des graines de lin et de pavot. Les urines coulèrent abondamment; le malade éprouva un prompt soulagement durant lequel il se félicitait d'une situation qui lui faisait croire au retour de la santé.

Le 12, dès le matin, il survint un nouvel accès plus violent que les précédents. Je crus nécessaire d'introduire une sonde élastique de médiocre grosseur, et je parvins dans la vessie avec la plus grande difficulté; le gonflement du pénis, le rétrécissement spasmodique de l'urètre et de sa portion membraneuse furent les obstacles que j'eus à vaincre. J'étais assuré de n'avoir pas fait de fausse route; mais il ne sortait pas une seule goutte d'urine. Je retirai l'instrument qui était très-étroitement serré et je vis son bec et ses yeux obstrués et embarrassés par d'épaisses mucosités. Je réitérai l'introduction qui fut aussi difficile cette seconde fois et aussi douloureuse que la première; il ne sortit que quelques gouttes d'urine légèrement teintes de sang par le pavillon de la sonde que

je laissai à demeure. Je prescrivis une potion calmante et j'attendis tout du temps.

Cette opération pénible, longue, douloureuse et d'un résultat insignifiant ne fit qu'aggraver l'accès qui se termina enfin. Les urines coulèrent abondamment, mais entre la sonde et le canal, et sans douleur. J'ai fait appliquer un large cataplasme sur l'hypogastre frictionné avec le laudanum. Depuis, cet écoulement s'est soutenu et a entraîné beaucoup de glaires dont le passage causait de vives cuissons sur les parois du canal irrité par la présence de l'instrument. Le 13, le malade se trouva très-bien. Dans la nuit de ce jour au 14, il eut un accès de fièvre qui ne se termina que le matin. Le 16, le peu de sommeil dont le malade jouissait me détermina à lui faire prendre quatre grains de pilules de cynoglosse. Ce jour fut l'époque d'une nouvelle crise très-forte, pendant laquelle la sonde sortit du canal. Les yeux de cet instrument étaient bouchés par des glaires concrètes semblables à de la fibrine, ce qui m'expliqua le non-écoulement des urines par cette voie. L'accès dura cinq heures suivies d'une émission abondante et facile des urines. Le 17, je prescrivis pour la première fois un grain d'extrait de ciguë matin et soir. La nuit suivante fut calme, et la journée du lendemain se passa très-bien. Le 19, les envies d'uriner sont fréquentes et répétées. Chaque fois le liquide coule en petite quantité et laisse une cuisson fort incommode au bout du gland. Vers midi, de légers tiraillements au périnée ont fait craindre un nouvel accès; ils n'ont pas eu de suite. La nuit s'est passée dans l'agitation, les anxiétés, l'insomnie, et dans le besoin d'uriner de loin en loin.

Il est à remarquer que, dans le cours de cette maladie

cruelle, les exacerbations n'ont point suivi de régularité, que leur durée a varié depuis trois jusqu'à six et sept heures, tant pour l'invasion que pour l'accroissement et le déclin. Il est encore essentiel de noter que les urines, recues chaque fois dans un verre, ont toujours été claires, limpides et blanchâtres, sans odeur, déposant par le refroidissement un mucus blanc épais, qui a diminué avec l'irritation du méat urinaire, et disparu lors même que les accidents nerveux se manifestaient encore avec force. Peu à peu le mieux s'est soutenu et l'appétit est devenu meilleur que dans le cours de la maladie.

Le 21, trois grains d'extrait de ciguë ont été pris chaque jour. Le 23, la dose a été portée à quatre grains. Le mieux ne cessait de croître, les urines causaient toujours de la cuisson en parcourant le canal. Le 35e jour, la santé m'a paru assez affermie, et j'ai fait cesser le traitement.

Obs. IV. — Le 3 avril 1814, j'ai eu à traiter d'un catarrhe pulmonaire adynamique madame B...., âgée de 75 ans. Cette maladie a été si grave, que, pendant plusieurs jours, tout annonçait que l'issue en serait funeste; il en a été décidé autrement. La convalescence a eu lieu et a été troublée par des douleurs atroces de la vessie et du canal de l'urètre. A cette occasion, madame B.... m'a rapporté que depuis 25 ans elle a éprouvé des souffrances semblables dans les saisons du printems ou de l'automne; qu'après un petit nombre de jours, elles cessaient peu à peu et complètement lorsqu'il sortait quelques gouttes de sang avec les urines.

Cette fois, cette circonstance ne s'est pas présentée, et la maladie s'est prolongée au-delà de 20 jours, accompagnée des mêmes accidents que ceux dont j'ai fait un ex-

posé assez répété et détaillé. Les moyens connus ont procuré peu d'avantages; les préparations d'opium ont été d'une faible utilité. Rien n'a mieux soulagé que l'exposition fréquente sur l'eau froide. En un mot, le mal a insensiblement perdu de son intensité et s'est terminé, pour ainsi dire, *per lysim* ou par résolution. Dans la violence des accidents, lorsque les urines étaient rendues fréquemment et en petite quantité, ou qu'après des intervalles de deux ou trois heures elles coulaient en abondance, elles n'ont jamais cessé d'être blanches, limpides et non-sédimenteuses. Il est encore digne de remarque que cette femme âgée, et d'une constitution profondément altérée, est dans un état de souffrances habituelles des membres; que des douleurs générales de toutes les parties du corps l'ont violemment tourmentée dès qu'elle a été convalescente de son catarrhe pulmonaire. Enfin la dernière maladie, celle de la vessie, a coïncidé avec la température sèche et froide de l'atmosphère, et paraît avoir moins cédé aux remèdes employés sous diverses formes qu'au retour d'un air plus chaud et plus doux.

Telles sont les principales observations que j'ai recueillies sur une maladie peu connue et à peine indiquée dans les traités de médecine pratique les plus modernes. Peut-être qu'il me serait possible d'en extraire d'autres des auteurs anciens et de quelques modernes déjà éloignés de nous. Ces recherches ne me donneraient pas un résultat capable de satisfaire, d'ailleurs elles m'écarteraient du but que je me suis proposé; elles nuiraient à mon projet de n'offrir que le fruit de mon expérience et de mes réflexions, plutôt qu'un traité dogmatique.

SECONDE PARTIE.

Ces observations, jointes à d'autres que j'ai employées utilement dans un second mémoire, m'ont à peu près donné le nom propre à cette maladie que je me propose d'appeler *névralgie rhumatismale de la vessie.* C'est encore l'expérience qui m'a fait distinguer cette affection en aiguë et en chronique. Je ne traite ici que de la première espèce.

§ I. — *Signes de la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie.*

Chez les personnes habituellement tourmentées de rhumatisme, on observe les symptômes précurseurs suivants : cessation ou diminution sensible de la douleur sur le point qui en était primitivement le siége ; pesanteur à l'hypogastre ; embarras à la partie inférieure et antérieure des lombes avec gêne dans ces régions. Sentiment d'un léger frisson ; invasion progressive de la douleur qui dans son principe fixe peu l'attention, mais qui prend une intensité graduée. Battement au périnée et au rectum ; élancement dans les environs jusqu'aux symphises sacro-iliaques, selon la direction des uretères. Souvent cette maladie attaque à l'improviste. Alors on est tout-à-coup surpris par un violent frisson suivi d'une chaleur âcre et insupportable. Une fièvre continue s'allume, et si des exacerbations ont lieu, elles ne se terminent guère que par une très-faible moiteur.

Les malades se plaignent passagèrement de coliques

d'estomac ou d'entrailles, quelquefois suivies d'évacuations alvines glaireuses. Par suite la sensibilité de la vessie devient très-exaltée; la plus petite quantité d'urine ne peut être gardée. A chaque émission, ce liquide brûle à son passage, cause des cuissons ardentes aux orifices opposés du méat urinaire, qui durent encore quelques minutes lorsque ce besoin souvent répété est douloureusement satisfait. Pour peu qu'il y ait de l'urine dans la vessie, les malades s'agitent de mille manières; ils ne peuvent garder le lit, ni rester assis, à cause de l'extrême chaleur qu'ils endurent. A chaque instant, ils se présentent à la garde-robe; ils font des efforts semblables à ceux que provoque le ténesme et se croient menacés d'une chute du rectum. Des femmes, auprès desquelles j'ai été appelé, m'ont assuré que les douleurs de l'enfantement sont beaucoup moins vives que celles qu'elles éprouvent dans ces cruels moments.

Par la suite, les besoins d'uriner sont plus éloignés, on parvient jusqu'à compter une, deux, trois ou quatre heures, pendant lesquelles le mal est très-supportable et même tout-à-fait suspendu. Mais chaque fois qu'il y a nécessité d'uriner, on voit se développer le même appareil de symptômes. Après quelques efforts, les urines parcourent librement le canal et sans causer de douleur. Il n'est pas rare que leur jet s'interrompe brusquement et à plusieurs reprises. La quantité de l'évacuation est relative à la durée des intervalles de calme et à la masse des boissons légères dont on recommande l'usage. L'urine est ordinairement rouge, si elle est en petite quantité; si elle abonde, sa couleur est celle d'une faible décoction de chiendent; elle ne dépose jamais. Lors du contraire qui

est rare, tout se borne à un médiocre sédiment muqueux et blanchâtre. On ne peut mieux comparer la teinte de cette urine copieuse qu'à celle particulière à l'urine que des personnes rendent à l'issue des repas et à des distances rapprochées. Elle a aussi la plus grande analogie avec celle du même fluide excrété pendant le frisson d'une fièvre intermittente, ou propre aux femmes à la fin d'un accès d'hystérie; de celui rendu fréquemment lors des premières impressions d'un air froid et humide, ou de l'immersion du corps dans l'eau courante d'une rivière ou dans un bain domestique. Il est digne de remarque qu'une telle émission n'a jamais lieu avant que l'on ne souffre à l'orifice vésical de l'urètre et au bout du gland; que toute la douleur cesse pendant l'acte facile de cette évacuation, pour reparaître lorsqu'elle est terminée, et dure près d'un quart-d'heure en perdant insensiblement de son intensité.

Je donne encore le phénomène suivant comme constant pendant les douleurs, en quelque sorte expulsives, qui tourmentent chaque fois qu'on urine : le pénis se gonfle toujours de manière à ne donner que l'idée d'un boursouflement et non celle de l'érection. Chez les femmes, le clitoris, les grandes et les petites lèvres se développent, le bourrelet antérieur du vagin devient saillant au-devant de l'entrée de ce canal.

Comme tous les rhumatismes, celui-ci a une première invasion de 24 à 48 heures et plus, avec une intensité suspendue par quelques moments de moindres souffrances. Ce temps écoulé, la douleur ne cesse pas complètement; elle laisse de courts intervalles de repos; elle a plusieurs exacerbations plus ou moins rapprochées dans la journée,

en affectant un type continu rémittent. Les plus violentes ont constamment lieu le soir, ou lorsque la nuit a commencé depuis quelque temps. Elles s'annoncent à six, huit ou dix heures et se prolongent en augmentant jusqu'à une heure du matin, décroissent peu à peu, et se terminent à quatre ou cinq, quelque fois plus tard. Il n'est pas sans exemple que le soir et la nuit se passent dans le calme, tandis que les douleurs se font sentir dès le matin pour continuer pendant toute la première partie du jour. Il n'est pas extraordinaire non plus de ne voir aucun ordre dans ces mouvements; de même, à moins que je ne me sois trompé, je crois avoir observé des intermittences quotidiennes bien prononcées. Pendant ces accès prolongés, il est commun de voir les malades ne pas rendre une seule goutte d'urine; ils sont tourmentés d'une rétention complète. Le fluide déposé des reins par les uretères augmente en quantité, distend les parois de la vessie qui s'élève au-dessus du pubis, où il est facile de la sentir et de la circonscrire avec la main et les doigts. Les angoisses des malades sont alors portées au plus haut degré; ils s'agitent de mille manières dans le lit, debout, assis; la pression sur l'hypogastre rend plus vifs les besoins d'uriner; enfin le terme de l'accès est celui où le liquide sort par torrents et procure ainsi un grand calme du physique et du moral.

Un fait que je ferai connaître dans mon second mémoire, m'a convaincu que cette névralgie abandonne quelquefois la vessie pour se porter sur le cuir chevelu, sur les tempes, les arcades dentaires et l'articulation des mâchoires; je l'ai vue causer des pleurodinies, des suffocations et la gêne de la respiration. Sur les mêmes individus,

j'ai encore noté que ces différentes parties tour à tour affectées cessaient d'être le siége de la douleur qui se portait sur l'estomac et les entrailles. C'est alors qu'il survenait des coliques, des diarrhées muqueuses, des nausées, des vomituritions continuelles suivies d'efforts inutiles et répétés, ou de vomissements de matières blanches, transparentes et filanteuses comme du blanc d'œuf avec soulagement de courte durée. A cet état des entrailles, se joignent aussi des flatuosités, des éructations et des vents rendus avec ou sans bruit; *strepentes aut silentes*, Hipp. par le haut ou par le bas. Après beaucoup de variations semblables, la douleur se reportait sur la vessie, perdait chaque jour de sa violence jusqu'à son entière cessation qu'on n'observe pas en général avant un mois ou six semaines.

S'il faut en excepter les premiers jours, il n'y a pas de fièvre : seulement le pouls est plus élevé pendant les exacerbations. Les malades conservent leur appétit, ils sentent le besoin de manger comme en parfaite santé. Toutes leurs fonctions digestives sont régulières, faciles et s'exécutent sans trouble.

Je ne terminerai pas ce paragraphe sans revenir sur la cause immédiate de la rétention d'urine, accompagnée d'un gonflement de toutes les parties extérieures de la génération. Lors de la violence des accès, les malades ne manquent jamais de spécifier que ce qu'ils éprouvent ressemble à ce qui produit la plus forte constriction. C'est cette contraction involontaire des sphincters de l'anus et de la vessie qui détermine le gonflement des organes génitaux extérieurs. J'ai considéré ce phénomène sur les deux sexes pendant le temps de l'émission même des urines; j'ai pu m'assurer de son mode d'être, de sa durée et

de sa disposition progressive, lorsqu'il n'y avait plus aucun besoin. Ce boursouflement répond au moment où le périnée et l'anus fortement contractés s'opposent au cours des urines. Je me suis rendu certain à plusieurs reprises que la sonde étant dans la vessie d'une femme et fermée par l'application du pouce, il ne s'écoulait rien entre cet instrument et l'urètre. C'était lorsque les plus vives douleurs se trouvaient coïncider avec la contraction violente de l'anus. Les explications auxquelles je néglige toujours de me livrer semblent me persuader que la vessie est dans ce cas simultanément en contraction avec le diaphragme et les muscles abdominaux; que le périnée, fatigué par tant d'efforts dirigés contre lui, cède et se relâche; qu'alors les urines ou le liquide injecté sortent par torrents entre le canal et la sonde, et que l'anus livre passage aux excréments, comme il arrive souvent aux femmes prêtes d'accoucher.

§ II. — *Diagnostic.*

Nous avons à considérer, pour préciser le diagnostic, le caractère des douleurs, la quantité des urines, l'état des parties extérieures de la génération et les anomalies qui résultent du transport du siége du mal sur d'autres parties.

1° Lorsqu'il existe une habitude rhumatismale, une fièvre précédée de froid et de frisson annonce le début de la maladie. Ensuite chaleur, battements ou élancements dans la région du périnée, continus pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivis d'un sentiment de torpeur et d'engourdissement et de la cessation de la fièvre. La dou-

leur, sans disparaître tout-à-fait dans le premier temps, redouble plusieurs fois dans la journée; plus tard elle a des exacerbations, le soir ou le matin, dont la durée est de plusieurs heures et dont le terme n'est accompagné ni de moiteur, ni de transpiration manifeste. Enfin apyrexie complète, sentiment de bien-être dans l'intervalle des accès qui s'observent avec l'élévation et un peu de fréquence du pouls. Cette maladie règne dans les saisons humides et froides. Lorsqu'elle paraît guérie depuis quelque temps, elle est sujette à des retours, si l'atmosphère devient froide et chargée d'humidité.

Les envies fréquentes d'uriner avec efforts très-vifs d'expulsion, en même temps que l'anus et le périnée se contractent violemment, ce sentiment de constriction accusé par les malades, la cessation de tous ces symptômes jusqu'à un nouveau besoin, concourent encore à établir le diagnostic.

2° Émission d'une petite quantité d'urines rouges à des intervalles très-courts, lors du début de la maladie avec des souffrances atroces au périnée et au bout du gland, avec ardeur et cuisson, quand elles parcourent le méat urinaire. Toutes les fois que les besoins sont éloignés de plusieurs heures, des douleurs précèdent et suivent la sortie libre et facile de ce liquide clair, limpide, aqueux, abondant et sans sédiment; la rétention d'urine est opiniâtre pendant les exarcerbations; les parties extérieures de la génération, gonflées tant que durent les contractions du périnée, reviennent à leur état naturel dès qu'il n'y a plus de souffrances ni d'efforts expulsifs.

3° Vers le déclin et dans l'intervalle des accès ou des exacerbations, on observe des malaises, des nausées avec

vomituritions ou vomissement de matières glaireuses, albumineuses qui soulagent un moment. L'appareil urinaire paraît quelquefois complètement débarrassé, en même temps que d'autres parties sont souffrantes. C'est ainsi que tous les symptômes dont il a été parlé font place à des coliques d'estomac, d'entrailles, à des douleurs vagues de la tête, du cuir chevelu, des oreilles, des dents, des mâchoires, de la poitrine et des grandes articulations.

§ III. *Parallèle entre cette névralgie et le catarrhe aigu de la vessie.*

Le catarrhe aigu de la vessie est la seule affection qu'il soit possible de confondre avec la névralgie rhumatismale. Mais avec un peu d'attention, on aperçoit facilement les différences entre l'une et l'autre maladie. Toutes les deux, il est vrai, débutent par une fièvre intense qui n'a pas de durée au-delà de vingt-quatre et de quarante-huit heures dans le cas dont il s'agit et qui cesse d'exister avec des rémissions et des exacerbations marquées et distinctes lors d'un catarrhe. Dans la névralgie, on n'observe d'élévation, de plénitude et de fréquence du pouls que durant les souffrances. Celles-ci reviennent par accès de trois, quatre, six heures et plus, avec des phénomènes capables d'effrayer, tandis que, chez les catarrheux qui ont toujours de la fièvre, elles sont continues, et ont leur siége immédiat dans le corps de la vessie. On ne peut appuyer le plat de la main sur leur hypogastre tendu, sans leur arracher des cris. Il en est autrement chez les névralgiques, lors même que la vessie est remplie d'urine.

Les catarrheux continuent d'uriner, avec efforts, cuissons et sentiments d'ardeur ; les névralgiques, au contraire, au milieu de leurs tourments, ont une véritable rétention, d'une durée égale à celle de l'accès dans quelques circonstances; et si l'urine coule, c'est constamment avant et après que les douleurs sont vives dans les points qui répondent au périnée et au bout du gland. Il n'y a d'ardeur en dedans du canal de l'urètre que dans les premiers temps, lorsqu'on est pressé par le besoin très-fréquent de rendre une très-petite quantité d'urine rouge et brûlante; mais il n'en existe absolument aucune quand ce liquide sort abondamment après un intervalle de quelques heures. En s'attachant à ce qu'on appelle période de crudité des catarrhes, tant qu'elle existe, l'urine qui sort en petite quantité est limpide : à mesure qu'on approche de la période de coction, elle dépose un sédiment muqueux et blanchâtre dont les proportions vont toujours en augmentant, jusqu'à ce qu'en diminuant, elles fassent prévoir le terme prochain de la maladie. La fièvre suit la même marche. On observe encore de la maigreur, ou la perte notable de l'embonpoint et une convalescence dont la direction exige les plus grands soins. Rien de semblable ne se remarque chez les névralgiques.

1° Ils n'ont point de fièvre. 2° Leurs urines sont d'autant plus claires, limpides et aqueuses qu'elles sont plus abondantes. Jamais elles ne déposent, et s'il en est autrement, ce n'est que pour un instant et passagèrement. L'observation rapportée du prêtre de la Vendée semble prouver le contraire; mais on n'aura plus de contradictions à remarquer, si on se rappelle qu'il y a eu une irritation mécanique de l'intérieur du canal de l'urètre d'où

suintait la mucosité dont il a été question. 3° Dans l'intervalle de leurs accès, les névralgiques semblent jouir de leur santé accoutumée ; ils peuvent vaquer à leurs affaires et se livrer même à quelque occupation pénible. 4° Le mal les abandonne brusquement et ils ne passent pas par les intermédiaires d'une convalescence. 5° Enfin l'introduction d'une sonde très-petite est aussi difficile chez eux que s'il y avait rétrécissement du canal. Pour les catarrheux, une main exercée n'a aucune peine à introduire cet instrument.

On peut conclure que la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie est une maladie qui diffère essentiellement du catarrhe aigu, dont le même organe est quelquefois affecté.

§ IV. — *Pronostic. Causes.*

A dater du moment de l'invasion, on a lieu de présumer que la maladie sera longue, si l'on se trouve en automne ou en hiver, qui ne laissent de guérison parfaite qu'au retour du printemps. Néanmoins j'ai traité quelques personnes dans cette dernière saison. Leur mal a été rebelle, parce que l'été qui suivait s'est passé dans un état constant de froid et d'humidité. Les chaleurs jointes à la sécheresse amènent souvent la santé tout-à-coup. Pour prédire la durée de cette névralgie, il faut avoir égard à la constitution individuelle et à la manière actuelle dont la saison se comporte. L'affection n'est pas de nature à céder promptement aux remèdes prescrits avec la méthode la plus sévère, et le mieux ne s'obtient qu'avec une lenteur extrême. Dans tous les cas, elle ne donne jamais la mort, et il est plus ordinaire de la voir passer à l'état chronique.

Quant aux causes, on est déjà très-avancé dans leur recherche, lorsqu'on est parvenu à s'assurer qu'il existe une habitude rhumatismale. Mais si on ne connaît rien de semblable, on est prompt à soupçonner des varices du col de la vessie ou de la glande prostrate. L'anatomie pathologique n'éclaire guère sur ce point; car à l'ouverture du cadavre des personnes qui ont succombé après de longues souffrances, les vaisseaux variqueux que l'on rencontre peuvent être regardés comme effet et non comme cause. D'ailleurs cette même disposition vasculaire n'a-t-elle pas été observée un grand nombre de fois sur des corps d'individus, qui, durant leur vie, n'avaient pas éprouvé de douleur dans les voies urinaires? On a également pensé à la suppression d'un flux hémorroïdal, ou à son transport sur le col de la vessie. Alors pourquoi les urines ne sont-elles donc pas teintes de sang?

On parle beaucoup de la répercussion d'un exanthème quelconque peu de temps avant le début d'une telle maladie, et de son retour lorsque celle-ci est guérie; d'où on conclut nécessairement à la réalité de la cause que l'on s'efforce de découvrir. Les incertitudes sur ce point se multiplient aussitôt que l'on réfléchit que quand un viscère important est menacé de devenir, ou est déjà le centre d'une fluxion, toutes les autres parties du corps sont libres de leurs affections particulières; ou que les symptômes de celle-ci sont moins graves et beaucoup plus supportables, s'ils ne disparaissent pas tout-à-fait. C'est pourquoi personne n'ignore que toute la maladie habituelle locale ou constitutionnelle se reproduit dans son état primitif après la guérison d'une autre plus aiguë et qui n'était que fortuite.

Nous concluons que les causes de cette affection douloureuse des organes urinaires sont les mêmes que celles du rhumatisme, et qu'il y a du danger pour le traitement à se livrer avec trop de confiance à l'idée de suppression d'un flux habituel de répercussion et de métastases humorales.

§ v. — *Indications curatives.*

Les indications curatives sont *empiriques, générales, relatives ou individuelles et accidentelles.*

1° *Empiriques.* — La nature et les causes de la maladie étant constatées, on s'attache à combattre tel ou tel symptôme prédominant. On tente de détourner le centre de la fluxion et de le transporter sur une partie qui sympathise davantage avec l'appareil urinaire. Pendant qu'on agit ainsi, on étudie le caractère de la saison, l'habitude catarrhale ou rhumatismale du malade, les accidents dont on suit les mouvements, les exacerbations et ses effets secondaires; et on ne tarde pas à s'apercevoir que, si les douleurs ne se calment pas, c'est moins parce qu'on leur oppose des remèdes présumés contraires, que parce qu'il est de leur essence de persister et de ne cesser qu'à une époque difficile à prévoir. Les indications déduites de *juvantibus et nocentibus* conviennent généralement aux malades et aux médecins peu instruits des dogmes de leur art. Si les praticiens habiles les adoptent quelquefois, ce n'est que pour faire preuve d'un savoir profond. En effet, dans des cas difficiles, l'efficacité de certains remèdes les conduit à la connaissance exacte d'une maladie embarrassée ou masquée par une foule de symptômes qui lui sont étrangers.

2° *Générales.* — Il n'est pas en notre puissance d'accommoder l'atmosphère à notre constitution, ni d'empêcher que les corps vivants ne sentent l'influence de la température des milieux qu'ils habitent; mais il ne tient qu'à nous de nous y soustraire en plus ou en moins, et c'est à la médecine d'en indiquer les moyens. L'indication générale étant connue sous le rapport atmosphérique, on la remplit avec un succès toujours subordonné à la constitution des malades, à la régularité dans l'exécution de ce qui est prescrit et à la bonne méthode curative. Ici tout est du ressort du médecin qui consulte nécessairement l'expérience. Il sait qu'une maladie quelconque dont les caractères évidents la détachent de la masse de celles qui règnent épidémiquement, conserve néanmoins des rapports avec cette même épidémie dont elle exige le traitement général.

3° *Relatives ou individuelles.* — Le médecin doué d'un certain degré de sagacité, que relève une expérience consommée, sait que les tempéraments pituiteux ou muqueux originaires ou acquis, favorisent l'invasion des douleurs rhumatismales. Il reconnaît que dans ces deux circonstances différentes de constitution individuelle, s'il est indiqué de recourir à un traitement général qui s'accorde avec la saison et le caractère de l'épidémie régnante, il ne l'est pas moins d'accommoder celui que l'on nomme spécifique au tempérament de chaque individu. Alors s'il n'existe qu'une seule méthode curative, elle n'a point qu'un seul mode d'application, il n'y a pas qu'un seul ordre de médicaments qu'on puisse adopter exclusivement.

Les indications *accidentelles* ont rapport à la réper-

cussion des dartres, à la dessication des ulcères et à la cessation temporaire d'une foule de maladies chroniques. Ces phénomènes ne manquent pas de se faire remarquer lors du début et pendant le cours des affections aiguës constitutionnelles. Il ne faut pas croire à la nécessité de rappeler de suite les efflorescences cutanées, les écoulements supprimés, car les efforts dirigés vers ce but sont constamment vains. Observons plutôt les mouvements de la maladie générale; attendons la crise. Or, comme nous savons que c'est à dater de la convalescence que les altérations locales reprennent leur cours, c'est donc à cette époque qu'il importe de remplir cette indication accidentelle qui commande l'usage des vésicatoires et des topiques propres à faire reparaître les exanthèmes habituels, le suintement des ulcères.

La suppression de flux sanguins habituels utérins ou hémorroïdaux serait-elle considérée comme cause immédiate d'une névralgie rhumatismale aiguë de la vessie? on est peu exposé à l'erreur en cherchant à provoquer aussitôt le cours des règles ou des hémorroïdes. La saignée ne nuit jamais dans les périodes d'irritation; les praticiens en précisent l'espèce et en modèrent la force, selon que le tempérament se prête plus ou moins aux évacuations sanguines, qui deviennent spontanément habituelles et régulières, quand la maladie constitutionnelle est jugée et suivie d'une bonne convalescence.

§ VI. — *Traitement.*

Pour satisfaire à l'indication générale, l'art ne reconnaît rien de meilleur qu'une température douce et uni-

forme qu'on se procure par un séjour prolongé dans le lit, par l'habitation d'un appartement exposé au midi et non trop échauffé dans le temps des froids rigoureux. Le génie des maladies régnantes appelle ensuite l'attention. Il est inflammatoire, bilieux, adynamique ou muqueux, et fait préjuger les avantages qu'on doit se promettre de la saignée, des évacuants, des échauffants, des stimulants ou excitants auxquels on ne peut indifféremment avoir un recours immédiat. Pour ne parler que de la saignée, n'a-t-on pas remarqué que, pratiquée hors de propos, elle n'est souvent dangereuse qu'autant qu'elle est contr'indiquée par la constitution épidémique; une fièvre bilieuse qui survient à la fin de l'hiver ou au commencement du printemps, peut prendre un caractère alarmant, si on l'attaque de suite avec un émétique; au contraire, elle peut perdre beaucoup de sa gravité, si elle est promptement combattue de la même manière en été et en automne. La saignée est efficace dans le premier cas et suspecte dans le second.

La méthode curative étant trouvée, quelles que soient les modifications dont elle est susceptible sous les rapports atmosphériques, épidémiques et individuels, il convient d'agir en raison des périodes d'irritation ou de crudité, d'accroissement et de coction de la maladie.

Dès le début, la diète et un régime doux se trouvent à leur place, ainsi que les boissons délayantes. Plus tard, les infusions légèrement aromatiques ou excitantes, les médicaments toniques, les amers, une nourriture plus restaurante doivent être successivement prescrits. Chez les personnes épuisées par des évacuations antécédentes, la maladie passe rapidement à la période de débilité, et exige

qu'on adopte de bonne heure le régime restaurant, les cordiaux, les toniques et antiscorbutiques.

Si, tout étant satisfaisant en ce qui concerne l'exercice des fonctions vitales et animales, les douleurs persistent et menacent de devenir chroniques, les praticiens croient n'avoir plus qu'un symptôme à faire disparaître ; ils lui opposent les narcotiques, les stupéfiants seuls ou unis au quinquina, les décoctions chargées de bois sudorifique, les extraits de morelle, de ciguë, d'aconit napel, de jusquiame sur l'efficacité desquelles l'expérience ne se prononce pas exclusivement. C'est à cette dernière époque que tantôt l'un, tantôt l'autre de ces médicaments m'a réussi lorsque je l'associai aux irritants cutanés loin du siége de la douleur. J'ai toujours eu soin d'exclure les cantharides, par la crainte de leurs effets fâcheux sur les voies urinaires déjà si douloureusement entreprises.

Cette méthode curative m'a réussi ; les effets ne sont pas prompts parce qu'il est de l'essence de la maladie de marcher avec une lenteur peu commune.

La douleur est quelquefois un symptôme si vif et si inquiétant, que les médecins se croient forcés de la combattre. L'opium, les saignées, les bains, les lavements, les fumigations, les rubéfiants sont autant de moyens auxquels ils s'empressent de recourir. Je puis dire n'en avoir vu aucun réussir dans le début de cette névralgie rhumatismale. L'opium, même précédé d'une large ouverture de la veine, cause un engourdissement fort pénible qui n'étouffe point la sensation de la douleur, à moins d'une pléthore sanguine bien prononcée. Combien de fois n'ai-je pas vu des saignées copieuses et répétées être absolument sans effet? je puis protester que je me suis constamment

trouvé mal des sangsues, des fumigations, des bains entiers ou locaux. L'application d'une fraîcheur modérée procure seule du soulagement et facilite beaucoup l'écoulement des urines. Des portions de lavements narcotiques avec ou sans addition de laudanum ou d'opium produisent un effet salutaire, quand on a eu soin de les faire précéder par d'autres dont la propriété laxative sert à évacuer les gros intestins.

Outre la douleur insupportable que l'on croit devoir combattre à l'aide des narcotiques et des opiacés, on est souvent pressé d'évacuer la vessie, afin de mettre un terme aux angoisses que cause la rétention d'urine. Le cathétérisme est toujours difficile et très-douloureux, et lorsque la sonde a été introduite avec succès, les malades n'en souffrent pas moins beaucoup et long-temps au périnée et au bout du gland. Je ne dis pas qu'il faille absolument renoncer à cette opération; mais j'atteste, d'après mon expérience, que, quand on avait eu la force et le courage d'attendre la fin de l'accès prévue d'après la durée des précédents, le cathétérisme devenait constamment inutile. On opposera, au conseil que je semble donner en faveur de l'expectation, la crainte de quelque crevasse; je réponds que le tissu de la vessie peut résister long-temps avant de céder; que dans le moment dont il s'agit, il fait de grands efforts sur la masse du liquide; que l'organe ne se crève jamais et qu'il tombe auparavant dans une atonie ou une inertie qui le rend passif consécutivement et susceptible de se distendre encore davantage.

Dans ces cas de douleur et de rétention d'urine, la médecine des symptômes est donc loin de satisfaire. Néanmoins elle n'est pas à négliger par la juste impatience du

malade et celle des personnes qu'il intéresse ; seulement le médecin qui l'exerce avec sagacité ne peut lui accorder aucune confiance, toutes les fois que la maladie n'est point arrivée à cette époque qui favorise ses succès.

Telles sont les observations et les remarques que j'avais à communiquer sur ce que j'ai appelé *névralgie rhumatismale aiguë de la vessie.* Je désire que ce travail en provoque d'autres plus utiles et plus complets sur une maladie cruelle, longue et difficile dont je n'ai trouvé de bonne description nulle part. Je crois être parvenu à la distinguer du catarrhe aigu de la vessie et à la présenter comme une affection spéciale et distincte qui se rattache au genre *rhumatisme*, et qui participe de la névralgie proprement dite.

OBSERVATIONS

Sur les effets du baume de copahu et de la décoction de café cru dans des cas de gravelle, de néphrite et de goutte, accompagnées de diverses notes pratiques ;

Par J.-A. Chrestien,

Docteur-médecin de l'Université de Montpellier, correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

La lecture que j'ai faite dans le bulletin général de thérapeutique d'un écrit de M. Réveillé-Parise, sous le titre d'études et recherches sur la goutte, m'a donné l'idée de communiquer la formule de pilules et d'une décoction que j'ai eu occasion d'employer trois fois avec

quelque avantage contre cette maladie. Comme je crois indispensable de dire ce qui m'a amené à les administrer, je vais entrer dans quelques détails.

J'eus à soigner un homme de trente-cinq ans sujet depuis plusieurs années à une néphrite qui se répétait quatre fois l'an, se terminant chaque fois par l'expulsion de douze ou quinze calculs.

J'avais lu dans quelques auteurs et dans l'abrégé de l'histoire des plantes usuelles de Chomel que le baume de copahu était très-utile contre la gravelle. Je me décidai à faire l'essai de cette substance et je l'associai à parties égales avec la fleur de farine de froment et la gomme arabique; on forma des pilules de six grains. J'en prescrivis six pour le matin, à jeun, et autant pour le soir à l'heure du coucher, quatre heures après un souper frugal. Le sujet vivant sobrement, rien ne fut changé à son régime, si ce n'est qu'il substitua le vin blanc sec au vin rouge qu'il buvait ordinairement aux repas. Après chaque dose de pilules, on lui servait une grande tasse de décoction de trente semences de café cru entières, qu'on avait fait bouillir à gros bouillons dans deux litres d'eau, pendant une demi-heure. Une troisième tasse était prise dans la journée.

Chomel, déjà cité, attribuant à cette décoction une vertu apéritive et bonne pour les reins, je me décidai à en faire usage avec confiance, d'après surtout ce que m'en avait dit une personne qui l'avait employée, en ajoutant que pour en augmenter l'efficacité, il fallait exposer toute la nuit la décoction à l'air extérieur et ne la couler que le lendemain matin. Quoique je regardasse cette exposition comme inutile, étant dans l'habitude, lorsque j'administre un remède pour la première fois, de me con-

former aux instructions de celui de qui je le tiens, je mis la condition expresse qu'on exposât toute la nuit la liqueur au serein (1).

Le malade supporta parfaitement les pilules et la décoction. Après quelques semaines de leur administration, il y eut augmentation des urines chariant du sable et étant plus épaisses; les fonctions de l'estomac et du bas-ventre n'éprouvèrent aucun trouble. Il y eut peu de changement dans la marche de la première néphrite qui survint deux mois et demi environ après le début du traitement. La seconde fut moins violente et le nombre des calculs domina. Je visitai rarement le malade, et je ne saurais donner des détails circonstanciés, qui seraient néanmoins très-intéressants, et que je n'aurais pas manqué de recueillir si je m'étais flatté d'un heureux succès. Je me bornerai donc à dire que les attaques devenant de plus en plus faibles et le traitement ayant duré pendant six ans sans augmentation des pilules ni de la décoction, le sujet fut délivré de néphrite et de gravelle, et qu'il vécut plus de trente ans sans éprouver la plus légère sensation dans l'un ni l'autre rein (tous deux étaient pris pendant la maladie), et pas la moindre altération des urines.

Peut-être sera-t-on surpris de la longueur du traitement, de ce que je n'élevai pas la dose des remèdes, ce qui aurait pu l'abréger? ils agissaient avec un avantage progressif. Le *stare bene* des italiens me retenait.

---

(1) Combien de fois n'ai-je pas vu des traitements manquer parce qu'on s'écartait du mode d'administration prescrit par l'auteur? Je pourrais citer bien des cas relatifs à l'emploi des préparations aurifères.

La surprise, si on l'éprouve, augmentera quand on apprendra que le sujet continua encore pendant quatre ans les moyens auxquels il ne pouvait pas douter de devoir sa bonne santé. Je ne cherchai point à affaiblir sa constance; je l'entretins au contraire sans en dire les motifs, pour ne pas laisser des inquiétudes sur l'avenir; mais les voici :

L'individu était né d'un père mort victime de la goutte, et son frère aîné avait succombé à la même maladie, dont je pensais que lui n'avait été préservé que par la gravelle qu'on considère vulgairement comme sa cousine-germaine, et je ne fus pas fâché, sans adopter cette opinion, de continuer des moyens dont l'innocuité et l'utilité m'étaient démontrées (1), soit en agissant sur l'élément gout-

(1) J'avais la certitude de ce que j'avance quant à l'innocuité et l'utilité de ce traitement; je l'avais employé plusieurs fois avec succès contre la gravelle et la néphrite chroniqne, d'après ce que j'avais observé chez le premier malade. Contre la néphrite aiguë et contre la gravelle qui s'accompagnent de douleurs vives, je n'oserais user ni des pilules ni de la décoction, par la crainte d'augmenter l'inflammation; mais dans ces circonstances j'ai eu souvent à me louer, après avoir eu recours à la saignée que je n'emploie pas toujours, des bains de siége dans des décoctions émollientes, d'une potion huileuse, et surtout de l'emploi du camphre en frictions sur la face interne des cuisses. J'en fais frictionner dix grains au moins incorporés dans très-peu d'axonge, sur chaque côté, de deux heures en deux heures.

Jamais je n'ai vu d'effets plus prompts de cette méthode que chez un homme qui avait un calcul engagé dans le canal de l'urètre. Il était sujet à cet accident, et dans aucun cas il n'avait obtenu l'expulsion du corps étranger, qui lui procurait des douleurs atroces avant trente-six ou quarante heures. Dans trois heures il s'est parfaitement délivré. Le sujet fut d'autant plus étonné du peu de du-

teux, soit sur des effets appartenant à une autre cause.

Le soupçon de l'existence du principe goutteux dans

---

rée de ses souffrances, que jamais il n'avait rendu de calcul aussi fort.

Si j'avais besoin de preuves fournies par d'autres que par moi de l'efficacité du baume de copahu et de la décoction de café cru, je les trouverais dans une lettre qui m'a été écrite d'Oran, en date du 3 juillet de cette année, par M. Vergard, capitaine de la gendarmerie de cette ville. Sujet à la gravelle depuis long-temps, et souffrant de plus en plus, il me demande la formule des pilules où entre le baume de copahu, au moyen desquelles plusieurs personnes auxquelles je les avais prescrites ont été guéries de la même maladie que celle dont il est affligé.

Dans le principe ces pilules étaient composées, comme je l'ai dit, de parties égales de baume de copahu, de fleur de farine de froment et de gomme arabique. Plus tard je remplaçai la farine par de la poudre de semence de paliure (*paliurus rhamnus*), sur ce que me dit quelqu'un qui avait usé avec fruit de la décoction de ces semences contre une affection des voies urinaires. Aujourd'hui M. Chamayou y a apporté un changement pour les rendre plus homogènes.

Prenez baume de copahu, deux onces; magnésie calcinée, deux gros; poudre de semences de paliure, une once six gros. Mêlez la magnésie au baume dans un mortier en porcelaine, et laissez en contact pendant six jours en remuant de temps en temps; ajoutez alors la poudre de paliure et formez une masse que vous diviserez en 384 pilules, dont chacune contiendra trois grains de baume.

Nota. Si l'on manquait de semences de paliure on les remplacerait par la fleur de farine de froment, qui est entrée pendant long-temps dans la composition des pilules, quoique d'après ce qu'on trouve dans la Pharmacologie de Samuel Dale, relatif aux propriétés du paliure, il soit permis de penser que la poudre de ces semences peut n'être pas sans action. Il y est dit, en parlant du fruit, *fructus incidendi vim obtinet, calculos vesica comminuit.*

En parlant de la substutition qu'on peut faire de la fleur de farine

le cas dont je viens de faire l'histoire ne me paraissant point absurde, je formai le dessein de conseiller à des personnes chez lesquelles la goutte serait constatée la décoction de café et les pilules de copahu.

La première personne soumise à ce traitement était âgée de près de soixante ans, d'un gros embonpoint, de beaucoup d'appétit qu'elle ne manquait pas de satisfaire. Depuis nombre d'années elle éprouvait quatre attaques par an, affectant particulièrement les pieds et les genoux; sans être très-fortes, elles ne la retenaient pas moins chaque fois d'un mois environ dans son appartement. Fut-ce à l'action du traitement, fut-ce à toute autre cause, pendant les trois premières années il y eut un calme parfait. Ce ne fut qu'après ce terme qu'il parut une atteinte de goutte; elle ne dura que quelques heures, et elle avait été provoquée par un repas trop copieux. J'ignore si le traitement avait été continué avec la régularité prescrite; mais quatre ans se passèrent sans attaque. Je ne donnai plus de conseils à ce goutteux.

La seconde personne soumise au même traitement que la première avait les plus grands points de ressemblance avec elle, et pour l'embonpoint et pour l'horreur de la sobriété; elle avait cinq ans de moins. Depuis plusieurs

---

de froment à la poudre de semences de paliure, je ne dois pas taire qu'on doit remplacer la décoction de café par celle de pois-chiches torréfiés préparée comme le café, en cas que la première eût l'inconvénient de procurer de la constipation, ce dont s'est plaint le capitaine de gendarmerie dont j'ai parlé plus haut. Si l'on consulte ce que j'ai exposé, dans ma méthode iatraleptique, des propriétés de ce légume, on verra qu'on n'a rien à perdre à la substitution que je propose.

années elle éprouvait au printems et en automne une attaque de goutte fixée sur les extrémités inférieures, s'accompagnant, dans la première, d'une néphrite portant sur le rein droit et qui se terminait par l'expulsion d'un calcul. Est-ce aux pilules et à la décoction qu'on dut le changement heureux qui s'opéra? Le fait est que pendant trois ans l'élément goutteux fut réduit au silence, et que la néphrite n'eut pas lieu. Je ne visitai ni l'un ni l'autre malade; ils pensaient sans doute n'avoir pas besoin de mes soins, aussi ne m'empressai-je pas de les leur donner.

Ce serait conclure légèrement d'après ces deux faits que le baume de copahu possède une propriété contre la goutte, la décoction de café ayant eu peut-être plus de part que lui aux changements heureux qui s'opérèrent chez les deux individus dont je viens de parler. On pourrait même me dire, si je voulais défendre la propriété anti-goutteuse du traitement que j'expose avec candeur, que comme il arrive parfois que des personnes goutteuses, après avoir éprouvé, même à des époques très-rapprochées, des attaques de leur maladie, en ont été délivrées pendant plusieurs années sans qu'on ait pu en assigner les causes, mes deux sujets se sont trouvés dans des circonstances favorables à la suspension de leurs maux. Quelque bonnes que pussent être les raisons propres à combattre ces assertions, je me garderai bien de les donner quand j'ai à présenter un fait qui vaut mieux que tous les raisonnements pour prouver que le traitement que j'offre à l'expérience des autres a la propriété de modifier l'action de l'élément goutteux, puisque je l'ai vu détruire des accidents matériels dus à ce principe.

M. Chamayou, père du pharmacien de ce nom avantageusement connu, fut atteint, à l'âge de quarante-cinq ans, au commencement de 1807, d'une première attaque de goutte qui affecta un gros orteil et dura quinze jours pour ne reparaître que deux ans après pendant l'hiver. Depuis 1810 jusqu'en 1815 les accès revinrent tous les deux ans, avec cette différence qu'ils eurent lieu au printems ou en été, et que les pieds, de même que les genoux, furent pris.

En 1815, après un vif chagrin qui prenait sa source dans la sensibilité M. Chamayou fut saisi tout d'un coup aux pieds, aux genoux, aux mains, aux coudes; l'attaque dura fort long-temps et depuis revint deux fois l'année au moins, affectant simultanément ou successivement toutes les parties qui avaient déjà souffert, et de plus les épaules.

En 1821, une attaque des plus violentes avec augmentation, plus prononcée que dans les précédentes, de douleurs le soir, s'accompagnant de fièvre intense, me mit dans le cas de recourir à la résine de quinquina (extrait alcoolique), préparation que j'avais employée plusieurs fois avec succès en pareil cas et contre des rhumatismes aigus (1) : les douleurs cédèrent ; mais il resta dans les

(1) Si je me permets cette note, qu'on trouvera peut-être déplacée, mais qui trouvera grâce, je l'espère, aux yeux des praticiens qui aiment la médecine d'observation, c'est pour faire connaître les grands avantages que j'ai retirés du quinquina dans des cas de rhumatisme aigu. Il serait trop long de faire l'histoire de tous; je me contenterai de rapporter le fait suivant, qui démontrera de la manière la plus évidente la grande efficacité de l'écorce du Pérou contre la maladie dont il s'agit.

Une dame, d'une bonne constitution, âgée de trente ans, avait

effets, je prescrivis les pilules et la décoction. Elles furent administrées aux doses fixées plus haut, et bien supportées dans le principe; mais il fallut les diminuer de temps en temps, l'estomac en étant fatigué et le ventre étant parfois trop libre.

Dans la crainte que la diarrhée, à laquelle le sujet avait toujours eu de grandes dispositions, ne s'établît d'une manière fâcheuse, après quatre mois de traitement tout remède fut abandonné; mais nous eûmes la satisfaction de voir que toutes les nodosités avaient disparu et que les fonctions de la main étaient parfaitement libres; il n'y survint plus aucun trouble, et il s'écoula dix-huit mois sans qu'aucune attaque parût. Après ce terme le calme fut interrompu. Tout d'un coup la goutte se porta sur toutes les parties qui, depuis plusieurs années, en avaient été le siége, et de plus sur les pommettes. Durant quelques jours les douleurs furent atroces : elles cédèrent brusquement par l'effet d'une métastase sur la poitrine qui, décidant une grande suffocation, faisait craindre pour les jours du malade. Instruit de suite de la nature de l'accident, j'ordonnai qu'on fît boire de suite, et à des intervalles très-rapprochés, un verre de champagne mousseux dont je me suis toujours bien trouvé en pareil cas, lors surtout qu'il ne s'est pas écoulé un terme long entre l'invasion du mal et l'administration du remède, que j'ai vu réussir également contre la métastase sur l'estomac (1).

---

(1) L'emploi de ce moyen étonnera, je pense, plusieurs praticiens, même parmi ceux qui se sont occupés particulièrement de la goutte; on ne le voit recommandé nulle part.

Si j'avais moins de loyauté, moins de franchise, je ferais comme bien des gens qui s'approprient ce qui appartient à autrui ; j'établi-

mouvement. La plus forte occupait l'articulation de la première phalange avec la seconde.

Ce cas-ci m'offrant plus d'intérêt que les deux précédents, quoique je n'eusse pas assez de données pour espérer des succès, m'appuyant sur des présomptions, presque certain de ne pas faire de mal en surveillant surtout les

---

ayant été vainement employés, et ne pouvant pas me faire illusion sur les effets salutaires et prompts que je venais d'obtenir du quinquina, je fis préparer, avec cette écorce mise en digestion dans l'eau-de-vie, une teinture qui, frictionnée sur les parties douloureuses, ne trompa pas mon attente. Ce fut cet effet qui donna lieu aux expériences que je fis sur la teinture pour remplacer le quinquina en substance administré à l'intérieur, et à la séparation du résino-extractif et de l'extracto-résineux. (Voyez ma méthode iatraleptique.)

Peut-être paraîtra-t-il ridicule de parler de ces deux produits après la découverte de la quinine. Ils peuvent devenir très-utiles chez des personnes d'une irritabilité telle qu'on craindrait l'emploi de celle-ci même à très-petite dose. Il est dans Montpellier des praticiens très-distingués qui donnent la préférence à ma résine et à l'extracto-résineux, en mêlant à l'une et à l'autre moitié de leur poids de carbonate de potasse. Je désignerai parmi eux M. Caizergues, professeur de clinique interne à la faculté de médecine.

Je ne terminerai pas cette note sans dire que plusieurs fois j'ai guéri, dans un temps plus court que par la méthode ordinaire des rhumatismes très-aigus en faisant frictionner la teinture de quinquina mêlée à parties égales avec ma teinture antispasmodique, en y ajoutant plus ou moins de camphre; et qu'ayant employé la première seule camphrée, je donnerais la préférence à celle-ci d'après une expérience comparative faite sur le même sujet. A deux ans d'intervalle j'eus à le traiter de deux rhumatismes aigus. L'un et l'autre me présentèrent les mêmes phénomènes. Dans le premier j'avais administré les deux teintures mêlées. Dans le second je n'eus recours qu'à celle de quinquina. Cette dernière opéra plus vite et plus complètement.

chaque verre, la bouteille fut bientôt vidée, et le malade eut la douceur de respirer comme dans son état normal.

Depuis 1825 les attaques ayant lieu au moins deux fois l'an, la goutte se manifesta sur toutes les parties qui en avaient été maltraitées, la poitrine exceptée. Le malade périt en 1833.

Je ne dois pas taire que deux individus goutteux depuis longues années, s'étant soumis à l'usage des pilules et de la décoction, n'en éprouvèrent ni bien ni mal. Ils firent pendant le traitement un très-long voyage. Il est probable que s'ils eussent été sous mes yeux, après quelques mois les doses des remèdes auraient été augmentées.

---

puisse n'être pas le seul agent médicamenteux, et à l'action duquel contribuent peut-être puissamment les principes constituants du vin. L'expérience serait seule dans le cas d'apprendre si tout autre vin mousseux ne remplacerait pas celui dont il s'agit. J'avoue que ce ne sera pas moi qui la ferai, excepté que le champagne me manquant, et la métastase marchant avec lenteur, je ne me crusse autorisé à user d'un autre vin qui moussât, sans trop m'y fier, et ayant sous la main les moyens administrés en pareil cas pour en user au besoin.

A défaut de champagne, d'un effet presque sûr pour moi, si on n'attribuait sa propriété qu'au gaz qui s'en dégage, ne vaudrait-il pas mieux avoir recours au seul gaz acide carbonique, qu'il est facile de se procurer et très-vite.

(Voyez le nouveau formulaire de Ste-Marie, article sur le gaz acide carbonique.)

OBSERVATIONS

Sur l'influence du moral sur le physique ;

Par le docteur PAMARD,

Chirugien en chef des hôpitaux d'Avignon, professeur de clinique chirurgicale et d'opérations, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Je viens de lire dans le numéro de juillet de la Revue, un mémoire de M. Boucher de Villezossy sur les effets du moral sur le physique, qui contient un grand nombre de faits intéressants, dont plusieurs sont connus de tous les médecins quelque peu érudits.

J'ai pensé que les lecteurs de la Revue verraient avec quelque intérêt quatre observations que j'ai eu l'occasion de recueillir, et qui ont quelque analogie avec celles contenues dans le mémoire du médecin de Nantes.

M. G., avocat distingué, avait été arraché à ses travaux habituels par un mariage de convenance qui l'avait dépaysé et séparé d'une nombreuse clientelle. Jouissant d'une fortune indépendante, il ne voulait plus se créer de nouveau un état auquel il avait volontairement renoncé, et il vivait, comme disaient nos pères, en bon bourgeois. — Doué d'une organisation aussi forte au physique qu'au moral, il aimait les exercices violents, les longues courses à cheval, la chasse à pied. Un jour il s'était fatigué plus que de coutume en chassant dans une terre avoisinée par des marais, lorsque, pour la première fois de sa vie à

trente-deux ans, il vit sa santé subitement troublée par une fièvre intense qui prit le caractère intermittent et fut vainement combattue par les préparations fébrifuges données sous toutes les formes.

M. G. voyant son état s'aggraver, ses forces naguère si puissantes devenir toujours moindres se décida à suivre les conseils de ses médecins, et fut voyager en Italie pendant six mois; mais vaine espérance, la fièvre, qui avait semblé céder sous l'influence si souvent salutaire des voyages, reparaissait même dans le beau pays de Florence. Il fallut retourner sans avoir obtenu ce qu'on désirait.

Rendu à la vie monotone de l'homme inoccupé, M. G., voyant sa santé devenir toujours plus mauvaise, sentit le besoin de revenir à ses anciens travaux, et fit des démarches pour entrer dans la magistrature. Le gouvernement, heureux d'utiliser un homme de ce mérite, lui accorda bientôt ce qu'il désirait ardemment. Pendant le temps qui précéda sa nomination, les accès de fièvre étaient devenus plus forts, et le malade, ennuyé de l'inefficacité des nombreux remèdes qu'il avait mis en usage, avait renoncé à tout traitement.

Le jour où sa nomination arriva, M. G. devait avoir un accès à trois heures, le courrier lui parvint à midi, l'accès manqua ; le lendemain point d'accès, ainsi de suite les jours suivants. A dater de cette époque sa santé s'améliora de jour en jour; il put satisfaire aux exigences d'une charge importante qui nécessitait de nombreux travaux. Il ne conserve plus aujourd'hui que les souvenirs de sa longue maladie qui dura quatre ans, qui résista à tous les remèdes, à l'influence d'un voyage de six mois, fait dans

le climat le plus salutaire du monde, et qui disparut comme par enchantement à la seule réception d'une nomination désirée, et au retour à ses travaux habituels. Depuis trois ans la guérison de M. G. ne s'est pas démentie quoiqu'il soit retourné souvent dans les lieux d'où il avait apporté la fièvre.

En regard des effets heureux d'une impression morale, nous allons présenter des faits opposés.

La nommée Eygrier Thérèse, âgée de 41 ans, femme de peine, entra à l'hôpital le 7 juillet 1835. Douée d'un tempérament lymphatico-sanguin, elle portait deux tumeurs cancéreuses, l'une au tiers inférieur de la cuisse droite, à la partie interne correspondante au muscle couturier, l'autre à la région inguinale du même côté, sur le trajet de l'artère qui paraissait comprise dans l'épaisseur de la tumeur; l'existence de deux tumeurs dont l'une, la supérieure, embrassait l'artère principale du membre, nous fit penser que la seule opération convenable était la désarticulation de la cuisse.

M. Fouvel, médecin distingué de Lisle qui nous avait adressé cette malade, partagea notre opinion. Elle fut confirmée par celle des professeurs Dubreuil et Rech de Montpellier, à qui nous eûmes occasion de montrer la malade. L'opération fut donc décidée; elle était désirée ardemment par la malade qui éprouvait de vives douleurs, et souhaitait d'en être débarrassée à tout prix. On lui annonça que l'instant désiré était arrivé, et que le lendemain nous devions l'opérer. Elle tomba peu d'instants après dans un état comateux simulant l'apoplexie. L'interne de garde fit appliquer des sinapismes, donner une

potion stibiée, et il s'abstint de saigner parce qu'il remarqua de la faiblesse et de la lenteur dans le pouls.

Le lendemain, à notre visite, le coma était dissipé, mais les réponses étaient lentes et pénibles, le pouls ne donnait que quarante pulsations par minutes, et elles étaient faibles, la face était décolorée, la respiration libre mais lente, les battements de cœur non appréciables avec la main, et donnant un son faible au stétoscope; cet état, que nous ne pouvions nous expliquer que par une diminution de l'influx nerveux, ou que par une congestion formée subitement dans l'encéphale, ne nous permit pas de songer à pratiquer l'opération.

Divers moyens furent mis en usage pour combattre cet état, notre première pensée fut de le regarder comme apoplectiforme et nous fîmes saigner la malade; comme la faiblesse était extrême nous voulûmes assister à la saignée, afin d'en observer les effets. A peine s'était-il écoulé trois onces de sang que l'état de faiblesse augmenta, qu'il survint une lypothimie qui persista long-temps, quoique nous eussions fait fermer la veine dès que nous remarquâmes de la fatigue. Lorsque la malade eut repris connaissance, l'estomac se souleva et il y eut des vomissements.

Ne pouvant plus penser aux évacuations sanguines, nous nous bornâmes aux dérivatifs cutanés, sans obtenir aucun changement, si ce n'est une entière liberté dans les fonctions intellectuelles et locomotives, mais le pouls était toujours aussi lent et aussi faible.

Nous fîmes tour à tour usage des excitants, des toniques, des débilitants, sans observer aucun changement dans l'état de l'appareil circulatoire, seulement nous produi-

sîmes des vomissements toutes les fois que nous prescrivîmes une diète un peu austère ou que nous fîmes usage des débilitants.

Le cœur fut ausculté avec soin par nous, par les professeurs Dubrueil et Rech et par de nombreux élèves; jamais personne n'y reconnut autre chose que de la faiblesse et de la lenteur dans les battements, sans existence d'aucun bruit anormal. Nous ne pensâmes pas devoir songer à l'opération, la malade étant dans cet état; les médecins que nous avons cités partagèrent notre avis.

Le mois d'octobre étant arrivé, nous cédâmes le service à notre collègue, M. Clément; son fils, chirurgien instruit et habile, eut plus de courage que nous, il voulut tenter l'opération, l'état désespéré de la malade justifiait cette opération hardie.

Il commença par l'ablation de la tumeur qui occupait l'arcade crurale, et malgré son siége sur l'artère, celle-ci fut parfaitement intacte. La plaie faite par cette première opération étant en voie de guérison, il pratiqua l'amputation dans la continuité du membre.

On voit qu'il adopta une conduite chirurgicale différente de celle que nous avions projetée, ce n'est pas ici le lieu de discuter s'il était préférable de faire la désarticulation, ou de pratiquer les deux opérations nécessitées par l'adoption du traitement de M. Clément; ce qu'il y a de positif, c'est que les deux opérations furent faites parfaitement, que la malade, tout en conservant sa faiblesse et sa lenteur dans le pouls, semblait être en voie de guérison, lorsque la débilité augmenta peu à peu et la mort arriva le 27 novembre 1835, quatre mois après

l'impression morale qui avait produit le ralentissement du pouls, qui ne s'était plus relevé.

L'autopsie fut faite avec soin, on ne trouva absolument aucune lésion dans le cerveau, la moelle épinière, le cœur et ses enveloppes. Les autres organes, dont rien n'annonçait l'altération, étaient parfaitement sains.

On chercherait vainement à s'expliquer la maladie dont nous venons de tracer l'histoire, si on se refusait à admettre qu'elle a eu pour cause une impression morale vive, déterminée par la nouvelle de l'approche du moment de l'opération, qui produisit immédiatement les accidents que nous avons décrits, et qui continuèrent jusqu'à la mort.

Nous arrivons à un fait où les résultats funestes d'une impression morale pénible furent plus prompts et facilement appréciables.

Magnouac François, canonnier au 10e régiment d'artillerie, entra à l'hôpital le 9 avril 1833, avec une carie étendue de l'articulation tibio-tarsienne droite; divers moyens furent employés pour le guérir, et le mal résistant, nous proposâmes l'amputation au malade : il s'y décida, mais il voulut attendre l'inspection générale, afin que l'inspecteur voyant sa position le proposât pour une pension. Nous cherchâmes en vain à lui faire sentir que l'amputation pratiquée, ses droits ne seraient que plus évidents auprès du général, il ne voulut pas démordre de sa résolution, il fallut attendre.

Il y avait de la maigreur mais pas de fièvre, pas de diarrhée; enfin, un état général qui m'eût donné les plus grandes espérances de succès pour l'opération.

Le moment désiré arriva, l'inspecteur général vint, se-

lon l'usage, visiter dans les salles les malades retenus au lit. J'exposai la situation de Magnouac, et il lui fut accordé ce qu'il demandait; il me remercia et me dit avec joie: Demain vous pourrez m'opérer. Il avait à peine achevé cette phrase, qu'un chirurgien militaire, que je ne nommerai pas parce qu'il y eut de sa part une légèreté impardonnable à un homme de l'art, dit à haute voix : Voilà ce pauvre soldat bien content, mais je crains bien qu'il ne profite pas long-temps de la pension que vous lui avez fait accorder et de vos bons soins. Je répliquai vivement pour détruire, s'il était possible, l'impression causée sur l'esprit du malade, mais ce fut vainement. La visite dont je parle avait lieu le 16 septembre, le 18 à huit heures du matin Magnouac était mort. Il était tombé dans un état de prostration avec délire, dont rien n'avait pu l'arracher, et il avait succombé quarante-quatre heures après avoir entendu le fatal propos, tandis qu'auparavant il était aussi bien que peut l'être un homme qui est dans un hôpital depuis plusieurs mois, mais qui mange les trois-quarts et dont rien ne fait présumer une fin si prochaine.

L'autopsie vint confirmer mon opinion sur la cause de la mort, car je ne trouvai pas la moindre trace d'une altération organique.

Nous terminerons cette lettre par un fait moins grave, mais qui ne laisse pas de nous paraître digne d'être rapporté.

M. D., négociant de cette ville, âgé de trente-six ans, est marié depuis onze ans, à une femme qui n'est pas douée de beaucoup de charmes, et qui de plus, nous dit son mari, est insensible aux plaisirs de l'amour, aussi est-elle stérile, malgré de fréquents rapports conjugaux.

M. D. avait une conduite exemplaire, mais un jour une passion violente vint agiter son cœur pour une dame qu'il voyait souvent chez sa femme, il sut la faire partager ; et ils allaient tous les deux oublier leurs devoirs, quand la crainte d'être surpris les arrêta quelques instants. Ils se rapprochent dans un lieu plus sûr, mais ce fut en vain, la nature trahit leurs espérances, et M. D. resta forcément fidèle à sa femme.

Il ne se borna pas à cette première tentative, il passa même des nuits entières avec la femme qu'il aimait sans jamais être plus heureux ; cependant, lorsqu'il était dans le lit conjugal, il remplissait parfaitement les devoirs d'un époux ; désolé et honteux, il vint me raconter sa triste position, en me suppliant de lui donner les moyens d'en sortir. Je l'engageai vainement à retourner à sa vie régulière, et à ne plus se monter l'imagination sur son malheur, ce qui était le meilleur moyen de l'éviter, s'il voulait de nouveau s'exposer au danger ; mais je n'y parvins jamais : son esprit était tellement exalté, qu'il me déclara que quelle que fût sa confiance en moi, si je lui refusais, il s'adresserait à un autre médecin. Craignant pour M. D., pour qui j'ai une ancienne amitié, qu'il ne tombât entre les mains de ces hommes qui font un métier d'exploiter les personnes crédules et les imaginations malades, je lui conseillai quelques préparations aphrodisiaques qui n'eurent point d'effet; enfin, comme il revenait à la charge, je le mis à l'usage du sirop excitant de Mendat, dont tous les praticiens connaissent l'action énergique sur l'appareil génital, ce remède puissant ne changea rien à la position de M. D., il restait impuissant auprès de l'objet de sa passion, et redevenait homme auprès de sa femme ; il en

remplissait même les devoirs avec plus d'énergie que jamais, car si les remèdes qu'il prenait ne le rendaient pas amant heureux, ils en faisaient un époux beaucoup plus ardent.

M. D., pensant que cette impuissance auprès d'une autre femme que la sienne venait de l'excès d'amour qu'il avait pour celle qui lui avait fait éprouver ce malheur, chercha de faciles amours qui le trouvèrent aussi impuissant; enfin, après un an d'inutiles efforts il me disait l'autre jour : Me voilà forcément rendu à vos conseils et fidèle malgré moi.

Ce fait d'impuissance auprès de toute autre femme que la sienne, de la part d'un homme qui a souvent des rapports conjugaux, ne peut être attribué qu'à un effet du moral sur le physique que nous ne saurions expliquer autrement que par une perversion de l'influx nerveux sur les organes génitaux.

Je craindrais d'allonger trop cette lettre si j'ajoutais aux considérations qui sont présentées dans le mémoire de M. Boucher de Villezossy toutes celles auxquelles pourraient donner lieu les quatre observations que je viens de citer; mais je me bornerai à faire remarquer combien elles démontrent la puissance des impressions morales sur l'influx nerveux, car dans celles qui sont suivies de mort, on ne trouve aucune altération cadavérique, et dans les deux autres on ne saurait expliquer les phénomènes observés que par une action sur l'appareil nerveux, qui dans la première agit en régularisant, et dans la seconde en troublant l'action des organes.

De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur;

Par M. Raoul Chassinat;
Docteur en médecine de la faculté de Paris.

(Suite et fin (1).)

Résumant ce qui a été dit dans la première partie de ce mémoire, je suis porté à attribuer la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur à un ramollissement préalable de son tissu musculaire, produit par une inflammation survenue d'emblée dans ce tissu, ou consécutivement à une phlegmasie de la membrane interne ou du péricarde. Bien entendu que toujours il devra y avoir aussi endocardite (2).

Mais ce n'est pas tout d'avoir supposé avec quelque raison l'existence de ce ramollissement, il faut nécessairement admettre qu'il n'a été que partiel; et alors quel que soit le point ramolli, soit le sommet du ventricule, soit toute autre partie de ses parois, deux circonstances peuvent avoir présidé à ce ramollissement partiel, et l'une ou l'autre de ces circonstances est indispensable pour qu'il acquiert le degré nécessaire à la production de l'effet supposé. Il faut qu'il soit borné à un seul point, le reste

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

(2) Je ne veux pas dire qu'il soit impossible que la dilatation ne se produise d'une autre manière; mais dans l'état actuel de la science, et en ne considérant que les faits connus, il est difficile d'admettre une autre théorie.

du ventricule étant complètement sain, ou bien qu'il soit plus considérable en ce point que dans tout autre, dans le cas où le ventricule entier serait affecté.

Dans les seize observations citées, on a remarqué que neuf fois la dilatation occupait le sommet du ventricule, que six fois seulement elle occupait un autre point; dans un cas, son siége n'a pas été indiqué d'une manière précise. On doit donc conclure que la fréquence de cette maladie à la pointe du cœur est incomparablement plus grande que dans le reste de son étendue. On ne pourrait tirer une conclusion aussi générale, si l'on comparait absolument ces deux parties l'une à l'autre, sans tenir compte de leur étendue respective; et c'est sans doute ainsi qu'a procédé M. Reynaud (*loc. cit.*), quand il a nié cette fréquence plus grande des dilatations partielles à la pointe du ventricule plutôt qu'ailleurs. Certainement, comme il le fait observer, il y a environ autant de faits pour l'un comme pour l'autre siége; mais que l'on fasse attention que l'un n'est tout au plus que la cinquième partie de l'autre, en étendue; on sera alors en droit de conclure qu'à égalité absolue dans la fréquence de ses lésions, celui-là sera relativement cinq fois plus souvent affecté, qui sera cinq fois moins développé en superficie.

Cela posé, serait-il possible d'établir pourquoi la pointe du ventricule gauche est plus fréquemment le siége d'un ramollissement inflammatoire prédisposant aux dilatations partielles que tout autre point de ce ventricule?

Il n'y aurait rien de déraisonnable à supposer, que l'inflammation a envahi d'emblée le sommet du ventricule gauche, à l'exclusion de tout autre point. Ainsi, les toxicologistes ont reconnu que les préparations arsenicales intro-

duites dans l'économie produisent, entre autres symptômes, une inflammation de la membrane interne du cœur; et que cette inflammation a cela de remarquable, qu'elle se montre en différents points séparés par des intervalles parfaitement sains, de manière à constituer plusieurs petites cardites partielles. Mais comme, sans cette cause, ces faits seraient nécessairement fort rares, et que d'ailleurs, il n'y aurait pas de raison pour que la pointe du cœur fut affectée de préférence à tout autre point de cet organe, examinons s'il n'existe pas dans l'organisation anatomique, et dans les fonctions de cette partie, quelque modification particulière qui l'expose à être plus souvent que toute autre affectée d'un ramollissement inflammatoire assez intense pour qu'il s'opère une dilatation sous la pression excentrique du sang.

Supposons une inflammation générale de toute la membrane interne du ventricule gauche du cœur, avec ramollissement de ses fibres charnues dans une épaisseur donnée. A la partie supérieure du ventricule, les parois sont trop épaisses pour que le ramollissement les ait complètement envahies; il y aura par conséquent encore un assez grand nombre de fibres saines, pour résister à l'effort du sang. A la pointe au contraire, dont l'épaisseur est beaucoup moins grande, le ramollissement, qui avait envahi à la base du ventricule un plan de fibres qui ne faisait que la moitié, par exemple, de l'épaisseur du ventricule, se trouvera, par suite de cet amincissement naturel, avoir envahi toute l'épaisseur de la paroi. Il en résultera qu'il n'y aura plus de fibres saines capables de résister à l'action du sang tendant à distendre le ventricule; il surviendra alors en ce point une distention progressive-

ment croissante, une dilatation partielle. Première cause.

Pendant la systole du cœur, la pointe de cet organe se redresse et vient frapper les parois de la poitrine. Ne pourrait-on pas trouver dans ce choc contre un corps dur, choc sans cesse répété, et d'autant plus fréquent, que les battements du cœur sont plus accélérés, par suite de l'irritation dont il est le siége, une cause permanente d'inflammation pour le sommet du ventricule gauche, point sur lequel le choc a toujours lieu? Il me semble que dans un autre organe en proie à une phlegmasie, même, légère, si une partie de cet organe, et toujours la même était exposée à une percussion continuelle, et d'autant plus forte et plus répétée que l'inflammation ferait plus de progrès, comme cela arrive dans la cardite où l'accélération et la force des battements du cœur, et par conséquent des chocs de sa pointe contre le thorax, sont proportionnelles à l'acuité de la phlegmasie, il me semble, et je pourrais dire, je suis convaincu que cette partie deviendrait le siége d'une altération plus profonde que tout autre point du parenchyme de l'organe. Pourquoi en serait-il autrement du cœur?

Je crois que c'est ainsi que se produit le ramollissement du sommet du ventricule gauche, dans la grande majorité des cas : j'y suis autorisé par l'examen des lésions anatomiques, rencontrées dans les observations connues jusqu'à ce jour. Cependant, je ne nie pas que quelquefois l'inflammation ne puisse porter d'emblée sur ce point et l'affecter seul, j'avais déjà émis cette proposition dans les pages précédentes. Il faut même faire cette supposition pour les cas où le ramollissement partiel envahit un autre point du ventricule; car je n'imagine aucune hypothèse

capable de donner une autre explication de ce fait. Mais cela doit être bien plus rare.

Je conviens que les deux propositions, sur lesquelles je base l'explication de la fréquence plus grande des cardites à la pointe du cœur, ne sont que deux hypothèses; mais elles ont au moins l'avantage d'être établies sur une donnée anatomique et une donnée physiologique que l'on ne peut contester, et de rendre compte des faits; c'est déjà quelque chose.

Étant donné ce ramollissement partiel du tissu du cœur, il est facile d'expliquer la dilatation locale de cet organe, sans qu'il soit besoin d'admettre une autre cause, comme un obstacle apporté au cours du sang à l'orifice ventriculo-aortique ou dans le trajet de l'aorte. En effet, j'ai déjà exposé plusieurs fois ce mécanisme: à chaque contraction du cœur, le sang pressé réagit dans le sens d'une force dont la direction serait perpendiculaire au plan des parois, il tend donc à repousser ces parois en dehors. Mais, dans l'état normal, la résistance offerte par ces parois s'oppose à cette action du sang, et il en résulte la répulsion vers l'axe du ventricule, et par suite son ascension dans l'aorte, seule ouverture par laquelle il puisse s'échapper, pour se soustraire à la compression qu'il subit, et à laquelle, en raison de son existence de corps liquide, il ne lui est pas permis d'obéir. Mais si la résistance des parois n'est pas assez grande pour triompher de la réaction perpendiculaire du sang contre elles, comme cela aura lieu si elles sont ramollies, alors elles céderont, elles seront distendues, repoussées en dehors, il en résultera une cavité qui tendra à devenir plus grande à chaque

contraction du cœur (1). La cavité une fois formée, le sang s'y engagera; il y stagnera. Par suite de cette stagnation, de ce défaut de circulation, il se coagulera; et il en résultera ces couches concentriques de fibrine qui ont été décrites.

Jusqu'ici la dilatation s'est opérée sous le bénéfice du ramollissement inflammatoire du tissu musculaire du cœur. Mais supposons que l'inflammation se résolve, la dilatation s'arrêtera-t-elle? sa marche de développement sera-t-elle limitée par la durée de l'influence inflammatoire? Je ne le pense pas. En effet, par suite du ramollissement les fibres musculaires se sont distendues. Supposons que l'inflammation et par conséquent le ramollissement cessent, les fibres réagiront-elles à leur tour sur le sang, reviendront-elles sur elles-mêmes, ou au moins cesseront-elles de céder à la force distensive du sang? Non. Ces fibres, distendues outre mesure, ont perdu leur ressort, elles ne sont plus susceptibles d'une action de contraction, elles ne peuvent être que passives; ne constituant plus qu'une membrane plus ou moins mince, elles n'ont plus que les propriétés des tissus membraneux,

(1) On pourrait peut-être me demander pourquoi, s'il suffit d'une faiblesse plus grande des fibres musculaires en un point du ventricule pour qu'il s'y forme une dilatation, le même phénomène ne survient pas dans tous les cas d'ulcères, d'abcès, etc., du cœur, altérations dans lesquelles il y a évidemment affaiblissement local de la paroi ventriculaire affectée, tandis que cela aurait lieu dans un simple ramollissement inflammatoire? J'avoue que je ne connais aucune solution à cette question. Serait-ce que dans ce cas la portion de la paroi restée saine suffit pour résister à l'effort du sang, ce qui n'aurait pas lieu dans un ramollissement phlegmasique? Cela peut être, mais il m'est impossible de ne pas rester dans le doute.

elles s'allongeront si elles doivent recouvrir une masse de concrétions plus volumineuse. Il en sera absolument comme de la vessie ou des intestins paralysés, l'augmentation d'urine ou de matières fécales les distend comme un suc inorganique extensible, et cette distension est d'autant plus facilement produite qu'elle est déjà plus grande, ou, en d'autres termes, que la masse de matières agissant comme corps dilatant devient plus volumineuse, car les fibres musculaires, ayant perdu leur ressort, ne sont plus susceptibles d'opposer une résistance assez grande.

J'ai dit que la tunique musculaire du ventricule gauche se dilatait en s'amincissant, au point de ne plus former qu'une simple membrane sur la masse polypiforme, renfermée dans la cavité résultant de cette distension. Mais il arrivera un instant où, par suite de l'augmentation trop considérable de cette masse, et de la pression de dedans en dehors qu'elle exercera par suite du choc du sang contre elle à chaque contraction du ventricule, il arrivera, dis-je, un instant où la couche musculaire ne pourra plus s'amincir davantage, étant parvenue à la limite de sa possibilité de distension. Alors il n'y aura plus, en quelque sorte, assez de matière pour que l'enveloppe musculeuse continue à se former sur les concrétions fibrineuses; l'espèce de malléabilité en vertu de laquelle le plan musculaire s'étendait, aura un terme; il en résultera une interruption dans quelques-uns de ses points. L'inégalité d'épaisseur de ce plan, par suite de son organisation normale, et de la disposition des colonnes charnues, fera que cette solution de continuité s'opérera plus tôt dans certains points que dans d'autres; il en résultera que l'aspect de ces ruptures arrivées les unes plus tôt les autres

plus tard, à des distances inégales du point de départ, sera semblable à celui d'une frange; on ne verra plus alors, comme l'ont décrit MM. Breschet et Bérard, « que » quelques lambeaux frangés de substance charnue dans » les parois de la tumeur.» Faudra-t-il en conclure que la dilatation partielle ne s'est opérée qu'après rupture préalable des fibres charnues en un point? D'après ce que j'ai dit, il me semble inutile de répondre à cette proposition; car il est facile de voir que cette rupture sera un effet et non la cause première du développement de la tumeur anévrysmatique.

D'après cela, il m'est permis de dire que l'on n'aurait pas dû assimiler la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur à l'anévrysme faux consécutif des artères, ainsi que l'entend Scarpa. En effet, selon cet auteur, la destruction complète des tuniques interne et moyenne de l'artère s'opère d'abord par suite d'une maladie préalable; il en résulte une ouverture plus ou moins grande, de forme plus ou moins arrondie, par laquelle s'échappe le sang dans la gaîne celluleuse du vaisseau; de sorte que les parois de la poche anévrysmale se trouvent dès le commencement exclusivement formées par cette tunique celluleuse de l'artère. Or, il n'en est pas ainsi dans la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Dans l'observation de M. Reynaud, non-seulement la tunique séreuse, que jusqu'à un certain point on peut rapprocher ici de la membrane celluleuse des artères, n'existait pas seule, mais la membrane interne et la couche charnue existaient encore; mais cela était plus remarquable encore dans l'observation de M. Harrison et dans celle que j'ai recueillie, eu égard au grand volume de la tumeur.

Au reste, dans presque tous les cas, les fibres musculeuses existaient d'une manière plus ou moins évidente dans les parois de la tumeur. J'avais donc raison de dire que la maladie qui nous occupe n'est pas identique avec l'anévrysme faux consécutif de Scarpa. Mais doit-on, avec M. Ollivier (*loc. cit.*), la considérer comme un *anévrysme vrai* du cœur analogue aux anévrysmes vrais des artères, dont Boyer cite quelques cas dans son Traité des maladies chirurgicales? On le pourrait dans certains des cas cités, surtout dans les observations de MM. Harrison et Reynaud et dans la mienne; mais on ne le peut plus quand la tumeur a acquis assez de volume pour qu'il y ait eu rupture de la tunique interne et de la tunique musculeuse du sac, par suite d'une trop grande distension. On pourrait alors considérer cette affection comme un *anévrysme mixte externe;* mais j'ai préféré lui conserver le nom de *dilatation partielle,* lequel ne préjuge rien.

La formation de la cavité accidentelle une fois établie, voyons ce qui pourra survenir quand elle aura acquis un développement assez considérable.

D'abord, comme déjà je l'ai dit, elle se remplira de caillots fibrineux plus ou moins denses, résultant de la coagulation du sang qui s'y accumulera. Ces caillots, superposés les uns aux autres, s'organiseront peu à peu, et prendront les différents aspects qui ont été décrits. Il résultera de cette accumulation de masses polypiformes dans une des parties du ventricule gauche une forme particulière de la cavité de ce ventricule, et certaines modifications dans ces fonctions que je dois signaler. La partie inférieure de cette cavité sera limitée tout-à-fait en bas, par la surface libre du caillot fibrineux : il en résul-

tera que cette cavité, au lieu d'être conique avec son sommet en bas, aura une forme cylindrique (obs. de M. Breschet), ou même la forme d'un tronc de cône creux à son sommet en haut, comme je l'ai noté dans l'observation que j'ai citée. Il résultera de là que, lors de la contraction du ventricule, les deux parois pourront se rapprocher jusqu'au contact, seulement dans la partie supérieure; car, dans la partie inférieure, la masse incompressible qui sépare les deux parois l'une de l'autre s'opposera à ce rapprochement; de sorte que, même dans la contraction la plus violente possible du ventricule, il existera toujours un espace de forme pyramidale ayant sa base sur la surface du caillot fibrineux et son sommet au point de contact plus ou moins intime de la partie supérieure des parois ventriculaires. Dans cet espace stagnera le sang; il en résultera la formation de nouvelles couches fibrineuses, et un véritable obstacle à la circulation, qui nécessitera de la part des parois du ventricule un redoublement d'efforts pour expulser tout le sang qui le distend, et pour rendre complète la fonction qui lui est dévolue; savoir : de projeter aux organes, par le système artériel, tout le sang revivifié qui est nécessaire à leur nutrition, et qui a été versé par l'oreillette gauche. De ce redoublement d'efforts du ventricule, il devra résulter ce qui résulte toujours de l'augmentation d'action d'un organe musculaire sain, et ici j'admets cette condition pour la partie supérieure du ventricule, c'est-à-dire une augmentation de nutrition, une véritable hypertrophie avec ou sans dilatation de la cavité. En effet, on a vu que dans plusieurs des cas cités, cette hypertrophie existait sans aucune autre altération, ou avec des altérations trop peu

considérables dans le trajet de l'aorte ou à l'orifice ventriculo-aortique, pour l'expliquer d'une manière satisfaisante. Je ne veux pas dire pour cela que l'hypertrophie ne puisse être due dans ces cas à une autre cause; mais seulement que celle que j'indique peut contribuer à la produire.

Après ces considérations sur la cause prochaine de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, je vais essayer d'établir quelque chose de général sur ce que cette affection peut présenter, sous le point de vue des caractères anatomiques, des causes, des symptômes, du pronostic et du traitement.

Caractères anatomiques.

En un point quelconque des parois du ventricule gauche du cœur, le plus souvent à son sommet, on rencontre une cavité anormale d'une étendue variable, depuis un demi-pouce (obs. de MM. Reynaud et Biguardi) jusqu'à plusieurs pouces de diamètre (obs. de Corvisart, de Zannini, de M. Harrison, etc.). Cette étendue de la cavité ne dépend pas toujours uniquement de son ancienneté, elle doit dépendre aussi de la grandeur de l'altération partielle préalable; et c'est même à la réunion de ces deux conditions qu'il faut attribuer la capacité énorme qu'elle peut acquérir dans certains cas. L'aire de l'orifice doit mesurer assez bien cette grandeur de l'altération préalable.

Cette cavité communique avec le ventricule par une ouverture arrondie d'un diamètre plus ou moins grand et proportionnel ordinairement au volume de la dilatation.

Cet orifice est constitué par un anneau lisse et poli d'une consistance variable, mais d'autant plus grande que la maladie est plus ancienne. Il est quelquefois cartilagineux, osseux même (obs. de Corvisart). Il est composé des mêmes parties que les parois de la cavité; avec cette différence qu'à toutes les époques de la maladie, il est possible, dans tous ses points, de reconnaître distinctement les trois tuniques juxta-posées qui le forment.

La poche anévrysmale est remplie de sang coagulé. Les caillots présentent différents aspects selon leurs différents degrés de vétusté. Ainsi, ils peuvent être récents : alors ils sont mous, noirâtres, comme du sang veineux (obs. de Zannini), ou bien ils ne consistent plus qu'en une masse de fibrine plus ou moins organisée, plus ou moins dense, de couleur variable, rougeâtre, jaunâtre, blanchâtre même et comme fibreuse. Plusieurs de ces concrétions fibrineuses peuvent exister dans le même sac: alors elles sont disposées par couches concentriques plus ou moins épaisses, susceptibles quelquefois d'être séparées en lames minces comme une feuille de papier (obs. de M. Breschet). Les plus récentes et partant les plus molles, les plus colorées, les moins organisées, existent à la superficie; les plus anciennes sont situées plus profondément; de sorte que dans une tranche de cette masse polypiforme qu'elles constituent par leur réunion, on peut reconnaître tous les degrés d'organisation par lesquels elles peuvent passer. Ces couches peuvent être contiguës, ou séparées par un liquide épais, sanieux, semblable à du sang mêlé de pus, comme dans l'observation que j'ai rapportée. Elles peuvent même contenir, dans leur épaisseur, divers produits inorganiques, comme des amas de

matières, participant des qualités physiques du plâtre et du savon (obs. de Zannini); ces concrétions adhèrent plus ou moins intimement aux parois de la cavité qui les renferme, surtout latéralement; tout-à-fait à son fond, elles peuvent en être séparées par une certaine quantité de liquide sanieux (mon observation).

Il résulte du développement de cette cavité et de sa réplétion de caillots fibrineux une tumeur d'un volume variable. Quand elle est peu volumineuse, elle ne fait aucune saillie à la surface du cœur (obs. de M. Reynaud); mais dans les cas contraires, cette saillie devient apparente, et elle peut être portée au point que la tumeur acquière un volume égal à celui du cœur tout entier (obs. de M. Harrison), ou du poing d'un homme (obs. de Zannini). Cette tumeur lisse, arrondie, est, dans la majorité des cas, séparée du reste de l'organe par un rétrécissement circulaire en forme de sillon, correspondant à l'anneau qui constitue à l'intérieur l'orifice de la cavité anévrysmale.

Les parois de cette poche sont plus ou moins épaisses, et d'une consistance plus ou moins grande, selon le degré de la dilatation et selon son ancienneté.

Au début de la maladie, ou peu de temps après sa formation, il est facile de reconnaître dans ces parois les trois tuniques du cœur, mais modifiées et altérées d'une manière plus ou moins notable. Ainsi, la tunique la plus intérieure du sac sera constituée par la membrane interne du ventricule devenue plus consistante, plus épaisse, plus opaque et comme opaline. La tunique moyenne sera formée par le plan musculeux devenu considérablement plus mince, plus pâle et comme fibreux; enfin, la plus exté-

rieure de ces trois tuniques sera le feuillet viscéral du péricarde ayant subi des altérations analogues à celles de la membrane interne, c'est-à-dire étant plus épais, plus consistant, moins transparent, offrant diverses colorations; blanc, grisâtre, ou noirâtre en certains points comme je l'ai observé, recouvert même de fausses membranes assez épaisses (obs. de M. Bérard aîné).

Dans un degré plus avancé et surtout lorsque la dilatation sera parvenue à son *acmé* de développement, il pourra se faire que les parois de la cavité anévrysmale ne soient plus constituées que par le péricarde; la membrane interne et la couche musculeuse ayant été rompues, ne se montreront plus que sous la forme de lambeaux frangés, irréguliers et pour l'épaisseur et pour la longueur. Différentes dégénérescences pourront même s'emparer de ces diverses tuniques : ainsi, des plaques cartilagineuses, osseuses, pourront se rencontrer ensemble ou séparément, soit sur la tunique interne, soit sur la tunique extérieure, soit dans la tunique musculeuse, ou plutôt seulement dans le tissu cellulaire qui sépare ces tuniques les unes des autres.

Si par suite d'une distension trop grande, ou par une autre cause, la tumeur venait à se déchirer (obs. de Galeati, de M. Biguardi), on trouverait en un point de la surface cette déchirure ordinairement peu étendue, de quelques lignes seulement; et alors une certaine quantité de sang serait épanchée dans la cavité du péricarde, dans le cas où cette cavité n'aurait pas été détruite par suite de l'adhérence du feuillet pariétal avec la tumeur. Cette circonstance explique assez bien la cause de la rupture.

Le péricarde offrira aussi des altérations : sa cavité

pourra exister encore et être remplie de sérosité (obs. de M. Harrison) ; ou bien elle pourra être détruite en totalité ou en partie, par suite de son adhérence soit à toute la surface du cœur, soit seulement à celle de la tumeur. Il pourra présenter des arborisations vasculaires plus ou moins marquées, ou être tapissé par de fausses membranes (obs. de M. Bérard aîné). Le tissu musculaire du reste du ventricule est quelquefois hypertrophié, mais toujours d'une manière excentrique; il peut être aminci. Sa consistance, dans la grande majorité des cas, est normale ; cependant, une fois on l'a trouvé notablement induré (obs. de Zannini). Ces altérations peuvent survenir sans obstacle au cours du sang, soit à l'orifice ventriculo-aortique, soit dans le trajet de l'aorte. Mais ces obstacles peuvent exister; ainsi, les valvules sont quelquefois recouvertes de concrétions osteo-pétrées plus ou moins volumineuses; l'aorte, dans plusieurs points de son étendue, offrira diverses dégénérescences cartilagineuses ou osseuses qui diminueront plus ou moins son calibre, ou seulement altéreront le poli de sa surface interne.

La membrane qui tapisse la face interne du reste du ventricule, offre le plus souvent des traces d'inflammation chronique; ainsi, elle est épaisse, opaque, d'un blanc laiteux ou jaunâtre. Cette membrane et le tissu cellulaire sous-jacent peuvent être épaissis, susceptibles de se diviser en plusieurs feuillets, et offrant une structure analogue à celle des artères (Reynaud).

Ces altérations concomitantes sont ordinairement bornées au ventricule gauche; cependant, quelquefois le ventricule droit offre aussi des traces évidentes d'hypertrophie (obs. de M. Bérard jeune), d'autres fois, au con-

traire, il est dilaté avec amincissement (obs. de M. Bérard aîné).

Causes.

Si l'on veut s'en tenir au simple examen des faits cités, l'étiologie de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur est fort obscure, quoique l'on connaisse seize observations de cette maladie. Mais s'il était bien démontré pour tout le monde qu'elle n'est qu'un résultat, qu'une conséquence d'une autre altération, d'une inflammation locale, comme cela me semble admissible, il faudrait alors rechercher ses causes parmi celles de la cardite. Jusqu'ici il vaut mieux s'en tenir à ce qui a été observé, et s'il existe des lacunes, laisser au temps et aux observations ultérieures le soin de les remplir.

Ainsi, des seize observations rapportées, il résulte que l'enfance ne paraît pas exposée à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, mais depuis dix-neuf jusqu'à soixante-dix-sept ans, nous trouvons tous les autres âges susceptibles d'en être atteints. Sur les seize malades observés, cinq n'avaient pas quarante ans; quatre n'en avaient pas soixante, et chez cinq autres l'âge n'a pas été indiqué. En outre, dix fois elle a sévi sur des hommes et trois fois seulement sur des femmes; dans cinq cas on a négligé de marquer le sexe des malades. D'après ce relevé, on doit considérer la vieillesse comme moins exposée à cette affection que l'âge adulte; car chez la plupart des individus âgés de plus de cinquante ans qui y ont succombé, la tumeur avait acquis un volume, et ses parois présentaient une organisation telles, que de toute nécessité, il fallait faire remonter l'origine de son développement à

une époque beaucoup plus reculée : cette considération me porterait à admettre que de tous les âges, l'âge adulte serait le plus souvent atteint de la maladie qui nous occupe. Les hommes y sont aussi plus prédisposés que les femmes, comme on a pu le voir par ce qui a été dit plus haut. Existerait-il entre les professions, le genre de travail manuel, les passions, quand ces modifications de l'état social et de l'état organique, sont de celles qui sollicitent des contractions véhémentes du cœur, et la production de la dilatation partielle du ventricule gauche, quelque liaison directe? M. Breschet le croit (mém, cit.), et cela paraît probable.

Ces résultats étiologiques obtenus par l'examen des faits publiés sont-ils en rapport avec ce que l'observation a appris aux pathologistes sur les causes de la cardite? je le pense; car les ouvrages de ces auteurs en font foi.

En outre, le cas rapporté par Zannini autorise à penser qu'une contusion violente de la région du cœur peut donner lieu à cette maladie. Un fait cité par Akenside (1) fortifie cette opinion. Voici ce fait :

Un enfant reçut à la poitrine un coup violent qui détermina de vives douleurs, et une très-forte palpitation de cœur. Il succomba au bout de six mois après des accès répétés d'hémoptysie. On trouva seulement à la pointe du cœur une tache livide, contuse et sphacélée. La désorganisation du tissu du cœur pénétrait jusqu'à la cavité du ventricule qui offrait des traces d'inflammation dans le reste de son étendue. Le cœur adhérait au péricarde.

---

(1) Transact. philos., ann. 1764. — Encyclopédie méthodique, art. méd., t. II, p. 819.

L'exemple de Talma (obs. de M. Breschet) prouve aussi que les passions ardentes et désordonnées, quoique simulées, peuvent avoir une certaine influence sur le développement de la maladie que nous étudions; il en est de même des excès et du déréglement des mœurs (obs. de M. Harrison), peut-être aussi de l'habitude de boire beaucoup de vin (obs. de Zannini). Remarquons qu'ici encore nous trouvons un point d'analogie sous le rapport de l'étiologie entre la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur et la cardite; car, dans tous les traités de pathologie, les lésions extérieures, les passions vives, les excès, sont placés au premier rang parmi les causes de cette affection.

On est donc forcé d'admettre, en s'en tenant à la simple et pure observation des faits, que la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur ne reconnaît pas de cause qui lui soit propre, en tant qu'on la considérera comme une maladie idiopathique. Qu'au contraire, il sera facile, indépendamment de toute idée théorique, de lui trouver, sous ce rapport, la plus grande analogie avec la cardite.

Symptômes.

La symptômatologie de la maladie qui nous occupe est aussi obscure que l'histoire de ses causes. Parmi les faits cités, les uns, et c'est le plus grand nombre, n'ayant été observés qu'après la mort, n'ont pu être examinés que sous le rapport anatomique. D'autres n'ont donné lieu à aucun symptôme qui indiquât même une maladie du cœur. Dans le petit nombre de ceux où une maladie du centre

circulatoire a été reconnue ou simplement soupçonnée pendant la vie, les symptômes ont été ceux que l'on retrouve ordinairement dans les dilatations générales de cet organe, et si quelques malades ont offert certains symptômes particuliers, ces phénomènes ne sont ni assez nombreux, ni assez tranchés pour jeter beaucoup de lumière sur le diagnostic spécial et différentiel de la dilatation partielle du ventricule gauche.

Ainsi, plusieurs malades ont offert d'assez violents symptômes du côté du cœur (obs. de Galeati, de Walter, de Corvisart, de Zannini, de M. Bérard jeune, de Dance, de MM. Cruveilhier et Harrison), tels que : douleur à la région précordiale, continue ou intermittente, quelquefois augmentant par la pression, durant depuis plus ou moins long-temps; battements dans la région du cœur, apparents pour l'observateur dans un cas; palpitations plus ou moins violentes; anxiété, difficulté de respirer, orthopnée, crachats spumeux, sanguinolents dans un cas: tous accidents survenant par accès et à des intervalles plus ou moins éloignés, et durant depuis un temps plus ou moins long, dans quelques cas depuis plusieurs années. En outre, on a quelquefois observé la faiblesse, l'inégalité, l'intermittence, ou bien la dureté, la plénitude et la fréquence du pouls, l'œdème des membres inférieurs, la lividité, la bouffissure de la face. Qui ne voit que ces symptômes sont ceux des anévrysmes ordinaires du cœur? Ils ne peuvent donc rien nous apprendre relativement à la dilatation partielle du ventricule gauche. Remarquons néanmoins que, parmi les observations citées, plusieurs ont offert, entre autres accidents, quelques symptômes de nature inflammatoire; ainsi, douleur vive de la région

précordiale, augmentant par la pression, mouvements très-violents du cœur, etc. Je note seulement ce fait, sans y attacher une grande importance; car une simple péricardite consécutive pourrait avoir développé cet appareil phlegmasique.

La percussion et l'auscultation procureront-elles des résultats plus satisfaisants pour éclairer le diagnostic? Dans aucun des cas cités par les auteurs, on n'a eu recours à ce moyen d'exploration. Dans l'observation que j'ai recueillie, la percussion avait donné un son mat, dans une assez grande étendue de la région précordiale; mais l'auscultation, comme je l'ai dit, n'avait rien appris de positif. L'expérience ne peut donc engager à s'appuyer, pour le diagnostic, sur aucun signe précis fourni par le plessimètre ou le stéthoscope. Examinons, cependant, si l'on peut établir *à priori* quels sont les avantages que, pour l'avenir, il sera possible de tirer de ces deux modes d'exploration.

De la disposition anatomique du cœur dans la dilatation partielle du ventricule gauche, il résulte que, dans certains cas, la percussion pourra fournir un son mat dans la région précordiale. Mais ce signe indiquera ou un épanchement de sérosité dans le péricarde ou une augmentation de volume du cœur. Cette augmentation de volume pourra être due à une hypertrophie excentrique, à une dilatation avec amincissement des parois ou enfin à une dilatation partielle. Pour distinguer ces trois genres de maladies, nécessairement il faudra invoquer le secours de l'auscultation. En effet, l'impulsion, les différents bruits résultant des contractions du cœur, leur étendue, leur éclat ou leur obscurité, donneront des signes différentiels

d'hypertrophie ou de dilatation générales; mais en donneront-ils pour la dilatation partielle du ventricule gauche, je ne le pense pas. En effet, on a vu que les parois du ventricule, dans cette affection, n'étaient pas hypertrophiées d'une manière notable le plus souvent, que sa cavité n'avait pas une capacité en rapport avec la dilatation dont elle est le siége, attendu que des couches fibrineuses la remplissent en partie; il devra donc, dans la majorité des cas, n'exister aucun des signes fournis par l'hypertrophie, et par la dilatation avec amincissement des parois. Le seul signe obtenu sera donc un son mat par la percussion, comme cela s'est rencontré dans la seizième observation; et encore ce signe ne pourra-t-il être perçu que quand la dilatation sera assez considérable pour avoir notablement augmenté le volume du cœur. Serait-il possible de tirer quelque parti de ces signes négatifs, pour le diagnostic de la dilatation partielle? On le pourrait peut-être jusqu'à un certain point pour distinguer cette maladie de l'hypertrophie ou de l'atrophie avec dilatation générale; mais il y aurait toujours la difficulté de savoir si c'est à un épanchement de sérosité ou à une dilatation partielle que l'on a affaire. Il est vrai que la voussure du thorax dans le point correspondant au péricarde, l'espèce d'ondulation communiquée au liquide par les battements du cœur, phénomènes notés par les auteurs dans les cas d'hydro-péricardite, pourraient différencier cette maladie de la dilatation partielle : mais ces signes manquent souvent; et en outre, on reconnaît qu'il est fort difficile de les constater, même quand ils existent.

Je ne cherche pas à apprécier la valeur des bruits anormaux que le stéthoscope peut faire entendre : (bruits de

soufflet, de rape, de lime, etc.), ces bruits, à ce qu'il me semble, ne pouvant en aucun cas dépendre de l'altération dont nous nous occupons.

Quant à la dépression de l'épigastre, à chaque contraction du cœur, dépendant de l'adhérence de la pointe de cet organe au péricarde et partant au diaphragme, en admettant que ce phénomène existât d'une manière bien réelle et bien évidente, il ne serait qu'un signe de péricardite chronique, et, comme l'a judicieusement fait observer M. Breschet (mém. cit.), il ne servirait pas plus au diagnostic de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur que les autres phénomènes mentionnés.

Voyons donc cependant s'il n'existe pas quelques symptômes spéciaux, dont l'apparition puisse être considérée comme marquant le début de la maladie.

Parmi les faits cités, dans deux seulement on a pu jusqu'à un certain point remonter au point de départ de la lésion. Chez le gondolier observé par Zannini, il y eut une douleur légère et sans danger évident après une chute sur la poitrine; ce ne fut que six ans après qu'il éprouva certains symptômes dont le siége est loin d'être parfaitement déterminé, et qui par conséquent n'ont qu'un médiocre intérêt. Après la mort de Talma, on apprit de ses parents que quelques années avant sa mort, après de violents efforts de déclamation, il éprouva une chaleur vive dans la région du cœur et un malaise qui se prolongea pendant un ou deux jours, mais qui n'attira pas son attention. Le premier fait ne nous apprend rien; dans le second, doit-on considérer les accidents mentionnés comme le véritable point de départ de la maladie? je crois qu'il est permis d'en douter. Car d'abord, quelle

confiance doit-on accorder à un récit d'étrangers parlant, après plusieurs années, de faits qu'on leur a racontés et auxquels il n'ont dû prêter que fort peu d'attention? Mais en admettant le récit comme l'expression de la vérité, je ne vois pas parfaitement le rapport qu'il peut y avoir entre ces phénomènes et le début d'une dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. J'aime donc mieux rester dans l'incertitude. Je noterai seulement le phénomène, et s'il se représentait plus tard, il pourrait alors avoir une importance qu'il n'a pas étant isolé.

Il faut donc reconnaître que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de rapporter à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, des symptômes qui lui soient propres, ni à son début, ni dans les différentes phases de son cours.

Cette conclusion n'est-elle pas en opposition avec l'opinion qui admet pour point de départ de la dilatation un ramollissement inflammatoire, opinion que j'ai essayé de soutenir dans cette dissertation? En d'autres termes, est-il possible d'admettre une cardite même partielle sans symptômes bien apparents? Je dirai d'abord que les observations que l'on connaît sur la maladie qui nous occupe, n'ont été recueillies, en quelque sorte, que par hasard; il a fallu, sur les premiers symptômes, dans les cas rares où l'on a pu avoir un commémoratif, s'en rapporter aux récits des parents des malades ou aux souvenirs de ces malades eux-mêmes; et ces souvenirs, il fallait encore les reporter à des époques reculées. Or, il n'est personne qui ne sache, pour peu qu'il se soit livré à l'observation clinique, quel peu de confiance il faut accorder à de pareils renseignements. En second lieu, ne pourrait-il

pas exister des cardites latentes, ou au moins ne donnant lieu qu'à des symptômes peu caractérisés et susceptibles d'être appréciés seulement par un observateur attentif et éclairé, comme il existe, de l'aveu de tous les praticiens, des pneumonies et des péricardites latentes? les auteurs répondent affirmativement : ils sont précis sur ce point. Ainsi, le professeur Bouillaud (*loc. cit.*), après avoir exposé les caractères de la cardite très-intense, et avoir dit même que quelquefois dans ce cas la douleur est remplacée par une sorte de gêne et de malaise, s'exprime ainsi : « Lorsque la cardite est moins aiguë ou *plus circonscrite*, elle peut n'être annoncée par aucun symptôme » inquiétant et se borner à précipiter les battements du » cœur. » Qu'y a-t-il d'étonnant que ces légers symptômes, même en les supposant un peu plus intenses, aient fui de la mémoire des malades, après de longues années? Je me crois donc en droit de conclure que la symptomatologie n'exclue pas l'idée d'une inflammation partielle du cœur précédant sa dilatation locale.

Pronostic.

Le pronostic est grave, comme doit l'être toute altération profonde d'un organe aussi important que le cœur; cependant, il n'est pas immédiatement ni même nécessairement funeste : les faits cités prouvent que l'on peut vivre long-temps avec le ventricule gauche du cœur partiellement dilaté, et en n'éprouvant que les symptômes ordinaires des anévrysmes du cœur, et encore, dans plusieurs cas, sans éprouver ces symptômes d'une manière notable, même quand la maladie a acquis un grand déve-

loppement (obs. de M. Breschet, la mienne, etc.). De plus, rien ne s'oppose à ce que l'on considère la cavité anévrysmale comme susceptible de s'oblitérer par suite de l'accumulation de caillots fibrineux consistants, surtout si l'orifice du sac est étroit.

Suivant M. Breschet (mém. cit.), « la rupture de la tu- » meur anévrysmale est la seule terminaison connue de » cette maladie. » Or, dans les faits cités par lui, cette terminaison n'a pas eu lieu une seule fois. Qui a pu le porter à émettre une pareille opinion? Parmi les autres faits qui ont été rapportés deux fois seulement, la rupture avait eu lieu (obs. de Galeati, de M. Biguardi); je n'entends pas parler du fait de Puerarius, dans lequel le même accident était arrivé. La rupture de la tumeur est donc une terminaison rare; elle ne sera pas à redouter principalement quand le péricarde adhérera à la tumeur, ce qui a lieu le plus souvent.

Traitement.

D'après les faits cités, on ne peut indiquer aucun traitement particulier pour la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Les remèdes qui ont été employés sont ceux que chaque jour on administre dans les anévrysmes ordinaires de cet organe. On ne peut donc, relativement à la thérapeutique de la maladie que nous étudions, tirer aucune conclusion de ce que l'on a fait. Théoriquement et *à priori* peut-on proposer ce que l'on doit faire? jusqu'à un certain point il serait possible de s'opposer à la dilatation en combattant la cardite préalable, si on était appelé à temps et si elle se manifestait par des

symptômes bien tranchés, ce qui le plus souvent n'a pas lieu. Quant à la maladie une fois formée, on pourrait diriger le traitement dans le but de procurer l'oblitération du sac anévrysmal; mais le diagnostic étant impossible dans l'état actuel de la science, la plus grande incertitude régnera nécessairement dans la thérapeutique; et quand même la théorie ferait découvrir un traitement rationnel et utile, on ne pourrait pas l'employer, car on ignorerait toujours dans quel cas il est réclamé. On devra donc se contenter de faire la médecine du symptôme, comme l'on fait au reste dans la presque totalité des lésions de nutrition du cœur; on soulagera le malade, on l'aidera à supporter ses maux avec patience; et si l'on ne peut le guérir radicalement, on lui rendra moins pénibles et moins douloureux le peu de jours qui lui restent encore à vivre.

Conclusions.

De tout ce qui précède on peut conclure que :

1° Le ventricule gauche du cœur est susceptible de se dilater partiellement, avec amincissement de ses parois; seize observations le prouvent d'une manière irréfragable;

2° Cette dilatation partielle a été observée comparativement beaucoup plus souvent au sommet qu'en tout autre point du ventricule;

3° Dans aucun cas, on ne peut prouver que cette dilatation soit le résultat d'une ulcération ou d'une rupture, sans altération préalable, de la membrane interne et des fibres les plus intérieures du plan musculaire;

4° La plupart des faits observés offrant des traces évidentes d'inflammation chronique du ventricule, on est

autorisé à penser que cette dilatation a lieu dans la très-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, sous l'influence d'un ramollissement inflammatoire local de la membrane interne et des fibres charnues du ventricule;

5° L'examen anatomique des parties empêche de considérer l'affection qui fait l'objet de notre étude comme un anévrysme faux consécutif du cœur ainsi que l'entend Scarpa, attendu que dans les cas où il y a rupture de la membrane interne et des fibres charnues, cette rupture est l'effet du développement de la tumeur et non sa cause productrice;

6° Dans l'état actuel de la science, on ne peut rien établir de positif sur les causes et les symptômes de la maladie; mais le peu que l'on en connaît n'exclut pas l'idée d'une certaine analogie avec la cardite;

7° En général, le pronostic quoique grave n'est pas nécessairement funeste;

8° Le traitement n'a rien qui lui soit particulier : c'est celui des affections organiques du cœur.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; ouvrage appuyé de documents statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, avec cartes et tableaux; par A.-J.-B. Parent-

DUCHATELET, membre du conseil de salubrité de Paris, médecin de la Pitié, etc. Précédé d'une notice par F. Leuret. 2 vol. in-8°, Paris, 1836. Chez J.-B. Baillière, libraire.

Le regrettable auteur de ce curieux ouvrage était un médecin aussi recommandable par son zèle du bien public que par sa consciencieuse véracité. Nous avons connu M. Parent-Duchâtelet; nous honorions son caractère moral et religieux; nous devons estime et confiance à ses travaux; il a succombé naguère, à 45 ans, victime de nobles recherches, puisqu'elles eurent pour but l'assainissement physique (1) et *moral* de la capitale de la France. De tous ses écrits, celui-ci ne sera pas le moins lu sans doute. Avant sa publication, l'on n'avait que des notions fort incomplètes sur cet objet, ou des ordonnances isolées, soit de nos anciens rois, soit de la police de Paris, citées dans l'histoire de cette ville. Le *Pornographe* de Restif de la Bretonne n'offrait que des idées vagues ou des projets chimériques, et si l'on était obligé de fouiller parmi les archives scandaleuses de l'immoralité, dans le cloaque dégoûtant des plus sales obscénités, l'on n'en obtenait encore aucun fait précis, aucune instruction salutaire pour l'administration et la répression des vices de la prostitution.

Ce fut donc une entreprise essentiellement utile que

(1) Témoins ses savans mémoires d'*hygiène publique* sur les cloaques et égoûts, sur les eaux infectes des fabriques, sur les exhumations, les chantiers d'équarrissage, les fosses d'aisance, les voiries, le rouissage du chanvre, etc., qui vont être incessamment publiés par le même libraire.

celle de Parent-Duchâtelet, qui se voua pendant huit années à recueillir et coordonner tous les documents sur cette matière; il se trouvait en situation, mieux que tout autre, d'accomplir cette tâche. Membre du conseil de salubrité, possédant la bienveillance de l'administration, il lui fut permis de consulter les actes de la police et ses rapports officiels pendant une longue série d'années. C'est surtout depuis que la préfecture de police a été instituée et organisée, avec des attributions plus ou moins étendues sur cette partie de l'ordre moral et de l'hygiène sociale; c'est de l'époque du consulat jusqu'à nos jours, qu'on a pu obtenir des résultats avantageux et des connaissances mieux approfondies sur un objet de si haute importance. Le public, dans l'ignorance des faits, toujours soupçonneux contre les agents de l'autorité, n'apprendra pas sans intérêt combien la police a rendu d'éminents services à la cause des mœurs et à l'humanité par ces difficiles fonctions; combien le savoir des médecins éclaire les questions les plus élevées de la législation et de l'administration, jusque dans ces abîmes de l'infamie et de la démoralisation inséparables des grandes cités.

Il ne faut pas cependant accuser la civilisation seule de ce débordement de corruption qui use, dans sa fleur même, chaque génération nouvelle. De tout temps, et jusque parmi les barbares, on n'a guère respecté les lois de la pudicité; mais il serait bien impossible, dans notre état social, de supprimer entièrement les vices de l'immoralité. Le rapprochement continuel des deux sexes, parmi les vastes foyers de population, l'inégalité des fortunes et des rangs qui soumet le pauvre au riche, le faible au puissant; la séduction irritée par tant d'attraits de va-

nité, de gourmandise et d'ivresse des sens ; mille exemples corrupteurs jusque dans le sein de quelques familles ; la paresse, l'oubli des devoirs religieux, le célibat chez les soldats et les ouvriers des manufactures, la promiscuité des sexes sous les mêmes toits des fabriques, la présence de beaucoup d'hommes et de femmes libres dans les villes de commerce et celles de garnison, les ports de mer, sont des causes inévitables de prostitution, heureux encore si elle se borne à un seul sexe ! De là cette propagation perpétuelle de la syphilis et cette détérioration de l'espèce humaine, suites de vices honteux et de la misère qui d'ordinaire les accompagne avec le défaut d'ordre et l'imprévoyance.

M. Parent-Duchâtelet croit devoir se justifier d'avoir entrepris ce travail ; il définit la *prostitution* et l'état de *prostituée*, ce qui n'est pas sans difficulté à cause des imperceptibles nuances ou des changemens de vie (conversions ou perversions des personnes) qui s'opèrent sans cesse. Mais en se restreignant aux seules filles enregistrées à la police et qui semblent, à ce titre, avoir le privilége ou le monopole de l'exploitation, leur nombre, toujours exagéré dans l'opinion, ne dépasse pourtant pas *trois à quatre mille* à Paris. Quoique près de la moitié soit originaire de cette capitale, il en arrive de diverses régions de la France et même de l'étranger (1). Plusieurs viennent de la Belgique et de la Hollande, de l'Angleterre, de la Suisse (de Genève surtout), de la Prusse

(1) Le tableau de la prostitution selon les départements, donné par Parent-Duchâtelet, indique seulement le rapport du nombre des prostituées qu'ils fournissent à Paris, et non pas le degré de l'immoralité dans la France.

rhénane. On en reçoit moins d'Espagne, d'Autriche, d'Italie; elles sortent presque toutes de capitales ou de grandes villes. Nos départements qui en procurent le plus sont ceux qui avoisinent Paris, principalement ceux situés au nord, tandis qu'il en vient fort peu des départements méridionaux, sans doute à cause de l'éloignement; mais on en trouve de Rouen, de Montpellier, de Lyon, de Toulouse, ou des ports de mer, Brest, Nantes, Marseille, Bordeaux, etc. Les villes dans lesquelles sont situées les écoles offrent également un large tribut de ce genre.

C'est spécialement parmi les classes inférieures de la société que se recrutent les prostituées; ainsi les artisans, manouvriers, gens d'ateliers, tisseurs de toute espèce, ouvriers, domestiques, etc., en procurent la plus grande partie; les filles naturelles ou illégitimes, souvent délaissées, les personnes les plus dépourvues d'éducation primitive, s'abandonnent à ce triste métier; le besoin les y entraîne non moins que l'exemple, outre l'absence d'occupation ou la paresse. C'est de 16 à 40 ans que s'exerce principalement la prostitution, mais dès l'âge de 30 ans le nombre est déjà moindre; il en est toutefois qui y persistent jusqu'après 50 et même 60 ans. Le plus grand nombre néanmoins se remarque entre 20 à 26 ans, époque de la plus belle floraison du sexe féminin.

M. Parent observe que les prostituées arrivant des contrées du Nord sont blondes, et celles du Midi plus brunes; leurs yeux paraissent plus souvent gris que noirs; il en est peu de rousses. La plupart deviennent grasses et potelées. Cet embonpoint ne résulte nullement des suites traitement mercuriel, comme l'ont soupçonné quelques médecins, mais d'une vie oisive, insouciante, souvent dans le lit, avec

le sommeil, ainsi que de la gourmandise, de l'usage des bains chauds, habitudes si communes chez cette classe de femmes. Ce n'est pas non plus à l'excès des jouissances qu'est due, selon notre auteur, la raucité remarquable de leur voix, mais bien à l'abus des liqueurs brûlantes et à l'intempérie de l'air à laquelle elles s'exposent la gorge découverte ; toutes sont aussi adonnées aux vociférations criardes dans ces parties de plaisir entre des mauvais sujets, parmi ces gargottes où elles mangent avec voracité et se soûlent jusqu'à se rouler par terre et s'entrebattre au milieu de leurs colères furieuses. Les prostituées des rangs les plus infimes, dévergondées parmi leurs lascivetés, avec les goûts infâmes de leurs débauches, passant fréquemment par toutes sortes de personnes, croupissent dans la malpropreté, l'oubli des ablutions, etc. De là le nom de *putidæ*, puantes, ou autres noms que leur donnaient les anciens ; elles deviennent souvent galeuses, et même les plus élégantes ont parfois des poux, dit Parent-Duchâtelet. Il les représente au milieu de cette existence de désordre, cherchant à s'étourdir par les changements de pays, de lieu, de nom, d'attachement ; s'occupant, dans l'ignorance ou l'oubli de tous les devoirs, de bagatelles ; ne songeant qu'à manger, qu'à danser, qu'à jouir ; obligées de dissimuler et de mentir sans cesse pour déguiser leur état et leur origine. Souvent sans linge, sans autre propriété que leur corps (puisqu'on leur prête même, dans les maisons de prostitution, jusqu'à leurs brillants vêtements), elles végètent dans la plus ignoble paresse ; leurs infections vénériennes s'aggravent parmi leurs orgies et l'ivresse, sous ces taudis fétides, dans ces rues sales, tortueuses, ces garnis étroits, renfermés, où elles déro-

bent au jour leurs hideux débordements. Ainsi devient bientôt envenimée et mortelle la syphilis, principalement chez ces prostituées du plus bas étage, dites *pierreuses*, réservées aux brutales amours des soldats, des matelots; trop souvent de connivence avec les malfaiteurs, les filous, dans ces guinguettes des barrières, où l'on s'accommode à bas prix des plus vieilles et des plus dégoûtantes.

Sans pénétrer plus avant avec l'auteur, qui ne craint pas d'aborder ces repaires fangeux, nous tracerons d'après lui l'esquisse de l'état physiologique des prostituées.

Parmi elles, il y a peu de véritables Messalines; mais on peut dire qu'elles sont, pour la plupart, de véritables enfants, ou des aliénées sous certains rapports; il ne faut point les considérer par l'intelligence; l'extrême légèreté de leur esprit, l'imprévoyance complète de l'avenir, le besoin des jouissances du moment, la gourmandise, l'amour effréné des parures, composent tout leur être. Vingt fois elles se font détenir par la police, puis retombent sans cesse dans les mêmes *péchés* ou délits. La prostitution n'est cependant pour la plupart qu'un état de transition, qu'une période d'aliénation érotique qui a ses récrudescences et son temps limité, avec débilitation des fonctions cérébrales et accroissement des fonctions utérines. L'équilibre régulier et moral peut se rétablir; toutefois il est dangereux d'associer les jeunes à ces misérables ordurières, putréfiées dans le métier, qui ne pourraient que mettre le comble à l'infamie et ajouter encore à la dépravation. En effet, quiconque a étudié les prostituées dans leurs hôpitaux, dans les prisons de police, savent qu'elles y contractent entr'elles des vices affreux, et qu'elles en

sortent toujours plus libertines et plus révoltantes qu'elles n'y étaient entrées. *Mentiturque virum prodigiosa venus.*

Ce qui prouve dans les prostituées cette faiblesse de tête, c'est qu'elles tombent plus souvent dans la démence ou l'idiotisme que les autres femmes; telles sont ces décrépites usées de débauche, abruties aussi par la misère, l'abus de l'ivrognerie, les chagrins et mille autres excès. Leur délire n'est point le *résultat du mercure*, comme on le suppose d'ordinaire, mais de l'épuisement. Outre la syphilis, les prostituées deviennent très-sujettes aux pertes utérines, aux tumeurs du vagin, aux abcès et fistules recto-vaginales, à la phthisie, aux catarrhes, aux gastrites, etc. Plusieurs sont aussi scrofuleuses.

Dans les maisons de prostitution et ailleurs elles suspendent souvent leurs règles par des injections froides et astringentes, d'où naissent les désordres périlleux de leur menstruation. L'on sait qu'elles produisent moins d'enfants que les autres femmes; ainsi sur les 3 à 4 mille courtisanes de Paris, il n'y en a guère que 60 qui deviennent enceintes par année. A cette infécondité sollicitée souvent par de coupables manœuvres, se joignent tantôt des accouchements laborieux, tantôt des avortements. On peut même dire que leurs difficiles menstruations tiennent à de fréquents avortements de germes, provoqués par des copulations nouvelles, qui font rejeter le fruit de ces imprégnations répétées. La preuve de cette cause d'infécondité résulte de la possibilité de devenir fécondes par un mariage régulier, car c'est plutôt à leurs amis de cœur qu'à des hommes de passage que ces femmes rapportent leur grossesse. D'ailleurs les enfants des prostituées, la plupart mal venus, périssent en grand nombre. Cepen-

dant ces femmes se font gloire d'être tendres mères ; elles croient se réhabiliter en retrouvant les plus purs sentiments de la nature.

Il faut le dire aussi, elles conservent, en général, très-bon cœur, soit entre elles, soit pour ceux qu'elles aiment : malgré les mauvais traitements qu'elles en éprouvent, plusieurs se privent du nécessaire par générosité; elles nourrissent même des parents, des vieillards des profits de leurs plus sales débauches. Sachant qu'elles agissent mal dans leur état, elles se montrent sensibles aux témoignages d'intérêt qui les relèvent de la dégradation, qui leur offrent une porte ouverte au repentir et à l'honneur; mais la contrainte religieuse les rejette en sens contraire. Les jeunes et simples sont plus susceptibles de rentrer dans l'ordre moral que les vieilles adonnées à des vices contre nature. Celles même qui ont reçu une bonne éducation restent par orgueil dans le métier, non moins que par le désir du lucre.

Les femmes, comme les hommes, ne sont pas toutes également susceptibles d'infection syphilitique ; il en est qui lui résistent, et M. Parent-Duchâtelet n'est pas éloigné d'admettre, avec d'autres auteurs, qu'une moitié des prostituées peut y demeurer réfractaire. La maladie marche d'ailleurs en décroissant d'intensité parmi elles, quoique les *dames de maison*, dans les lieux consacrés au culte de Vénus, forcent trop souvent leurs filles à se livrer, même par des coups et des mauvais traitements, au premier venu, fût-il gâté et ulcéré. Aussi trouve-t-on plus de syphilis dans ces maisons que parmi les filles *en carte*, ou libres, en chambre. Celles-ci, redoutant l'infection, et d'être forcées, par la visite du dispensaire, d'aller à l'hôpital, usent de plus

de précautions que les filles *en numéro* d'ordre, ou pensionnaires, assujetties à l'avidité rapace de leurs *mères abbesses*.

Les filles insoumises, se soustrayant aux visites, deviennent les plus infectées de toutes. D'ordinaire ce sont les plus fangeuses et misérables, s'abandonnant pour peu de chose aux soldats, aux mendiants : une sur trois est pourrie. Cependant les jeunes et jolies, étant très-recherchées, se trouvent plus exposées à l'infection que les vieilles et hideuses, adonnées à un trafic moins périlleux pour elles, mais abominable. On attribue à l'hiver et au temps du carnaval la récrudescence du virus vénérien; car il est certain que janvier a présenté plus de cas d'infection que les mois d'été. On pense aussi que les chancres et bubons se déclarent surtout en hiver, que les écoulements appartiennent davantage aux saisons plus chaudes; mais ces observations ont besoin d'être mieux constatées.

A l'époque des invasions, en 1814 et 1815, le reflux immense des courtisanes à Paris, avec les armées alliées, multiplia beaucoup l'infection syphilitique ; ce fut le temps de son *maximum*. Elle diminua de 1819 à 1821 au *minimum*, mais pour remonter en 1824, époque de grands travaux et de nombreux ouvriers appelés à Paris. L'époque du choléra fit singulièrement diminuer la prostitution et le vice vénérien en 1832. Toutefois l'augmentation de la garnison de Paris accroît ce dernier.

De tous temps, de grands moyens coercitifs furent déployés pour réprimer la prostitution, soit parmi les anciens, soit surtout dans les siècles modernes depuis l'apparition de la syphilis. M. Parent-Duchâlet traite de cette partie de l'administration morale avec développement dans

son second volume. Nous en parcourerons seulement quelques articles. La première manifestation de la syphilis à Paris est constatée par un arrêt du parlement du 6 mars 1497 : on y menace les *vérolez* de la potence, ou d'être jetés à la rivière s'ils ne déguerpissent. Ensuite on les traita dans des hôpitaux avec une sévérité barbare, puisque jusqu'en 1700 on les fustigeait rigoureusement après la guérison, et on coupait les cheveux aux femmes ; on entassait jusqu'à huit individus dans un lit où ils étaient obligés de se coucher à tour de rôle. La mort en enlevait un grand nombre, et les employés se permettaient, envers hommes et femmes entachés du *gros mal* les plus criantes exactions. Des arrêts sévères supprimaient toute maison de débauche ; mais saint Louis, revenu de Terre-Sainte en 1254, fut cependant obligé de tolérer par édit, quoiqu'il fût pieux, ces lieux de prostitution. Ceux qui furent alors assignés à Paris trouvent encore leurs successeurs maintenant dans des rues *ribaudes*, telles que celles Trousse-Vache et Tire-Boudin (dont les noms ont été changés), le cul-de-sac Putigny, les Grand, Moyen et Petit-Hurleur, etc. La Cité, puis le quartier des Arcis et autres petites rues sales, laides, offrant des loyers à bas prix, ont toujours été le repaire de la racaille et de la prostitution. M. Parent-Duchâtelet expose même un plan de Paris dans lequel les teintes les plus noires indiquent le *maximum* de la prostitution. Au contraire l'île Saint-Louis en est totalement exempte, tandis que les environs du Palais-Royal en sont les plus gangrenés. Du temps de Henri IV, les courtisanes, obligées de porter à leur ceinture une plaque dorée, comme signe de leur état libidineux, donnèrent lieu au proverbe connu sur la bonne renommée.

Dans les maisons garnies qui sont au nombre de plus de 3,000 dans Paris, et contiennent de 35 à 45,000 individus, se faufilent toujours habituellement quelques femmes entretenues. On y remarque surtout ces *garnis* affreux de malpropreté et de pourriture, près des cloaques et des latrines, avec des débris de charognes; c'est dans ces réduits infectés que s'entassent de puants chiffonniers avec des filles infâmes, des escrocs, des forcats, plongés dans une détresse horrible. C'est au sein de ces repaires hideux qu'on rencontre, avec l'ivrognerie des mauvais sujets, la crapule des rogomistes, les nudités déhontées, l'écume dégoûtante des souteneurs d'estaminet, les actes les plus lubriques, les paroles obscènes et tout le débordement du scandale. Que peut-il sortir de ces abominables taudis, sinon ces êtres maléficiés, difformes, joignant les excès de la misère à ceux des vices abjects, comme par compensation? Les vieilles prostituées ou *marcheuses* (proxénètes) y vont séduire la plus tendre jeunesse, attirer, amorcer des enfants pour les sacrifier à l'impudicité, et corrompre la vie, à sa source même, chez ces victimes humaines.

Le nombre des maisons de prostitution, de deux cents et quelques, n'a pas augmenté toutefois à Paris depuis 1812, bien que le nombre des courtisanes y ait plus que doublé. A dater de 1791, tous les réglements contre la prostitution cessèrent d'être exécutés. La licence effrénée qui résulta de la publication des *droits de l'homme et du citoyen actif*, révolta la convention nationale elle-même qui avait donné des secours aux *filles-mères*. En 1796 (an IV de la répupublique), le directoire exécutif sollicita, par un message au corps législatif, la répression de ces femmes, *l'op-*

probre d'un sexe et le fléau d'un autre; mais ce n'est qu'en l'an VIII (1800) que cette répression put devenir efficace par la création de la préfecture de police, sous le consulat.

Au lieu de prétendre abolir comme jadis les *bordeaux* et *clapiers*, ce qui a toujours été inexécutable, on soumit ces lieux à des inspections sévères, à des visites de police et de médecins, afin d'en purger l'infection le plus qu'il se peut; une taxe fut établie comme autrefois dans Athènes et Rome : cet impôt, dit *aurum lustrale* ou purificateur, a depuis été réprouvé par l'opinion publique qui croyait y voir une protection accordée, à prix d'argent, à l'immoralité. Cette taxe était, en effet, regardée comme une patente pour exploiter les plaisirs de la jeunesse. Sa suppression, vainement demandée, fut enfin obtenue après 25 ans de durée, par M. de Belleyme. Cependant les visites des médecins n'en restent pas moins rigoureusement obligatoires et fréquentes. Chaque mois, on doit visiter à trois ou quatre reprises les 3 à 4,000 filles, tant celles en chambre, tenues de se présenter au dispensaire pour cet effet, que les pensionnaires dans les maisons. La taxe jadis perçue ne s'était jamais élevée que de 69,000 à 92,000 fr. par an.

Aujourd'hui, indépendamment des hôpitaux où elles sont traitées avec soin, il y a, pour les prostituées qui désirent sortir de cet état d'abjection, des établissements comme les *Filles-Dieu*, les Pénitentes, le Refuge, le Bon-Pasteur, Sainte-Pélagie, Sainte-Valère, le Sauveur, la Maison Saint-Michel. On a remarqué toutefois que les filles repenties, jeunes, réduites à l'abstinence la plus complète des jouissances qu'elles goûtaient, deviennent malades ou

folles, ou phthisiques, et périssent en grand nombre. Il est plus avantageux pour elles d'entrer en quelque condition sociale, qui les réhabilite et leur fasse oublier leurs criminelles erreurs; mais on exige d'elles des cautions contre leurs faciles rechutes.

M. Parent-Duchâtelet donne sur ces filles d'excellents conseils à l'administration, d'autant mieux qu'il ne les fait pas d'une sévérité outrée; celle-ci rebute ou ne produit rien de salutaire. Il veut armer, avec raison, la police d'un pouvoir discrétionnaire, peu en harmonie, je le confesse, avec les principes de la liberté individuelle proclamés aujourd'hui; toutefois les prostituées n'ont-elles pas abdiqué elles-mêmes leurs droits avec les devoirs sociaux? Ne doit-on pas soumettre à cette tutelle administrative, la femme qui cesse d'obéir à la saine raison? qui expose les autres ainsi qu'elle-même à une peste si dangereuse pour la société et la reproduction? Les tribunaux ne peuvent se voir déférer la compétence des délits de la prostitution; le scandale serait alors plus périlleux pour l'honneur des familles, par la honte des débats, même à huis-clos, et par mille autres circonstances, que l'action sage et prudente d'un magistrat éclairé aidé des moyens de police.

Nous pourrions ajouter d'autres détails à cette analyse assez longue d'un labeur aussi utile. Le livre en est rempli, et bien qu'il recèle des développements considérables, ceux-ci se font lire avec fruit. L'auteur eût pu moins morceler son sujet, tracer des tableaux plus rapides et plus précis, néanmoins son style ferme porte la conviction d'un honnête homme justement indigné contre les vices qu'il dévoile avec hardiesse. Quoique son écrit soit

moins une œuvre de génie, que d'investigations patientes et scrupuleuses, nous le croyons l'un des plus dignes de fixer l'attention publique des médecins et des administrateurs comme de tous les bons citoyens.

J.-J. VIREY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Hermaphrodite. — Pieds-bots. — Combustion humaine spontanée. — Acide arsénieux.

Gazette médicale (Septembre 1836).

Description anatomique d'un hermaphrodite connu tour a tour sous les noms de Marie-Dorothée Derier et Charles Durgé; par le professeur MAARK, de Bonn. — L'individu remarquable dont il va être question, est connu depuis plus de trente ans du public médical, d'abord sous le nom de Marie-Dorothée Derier, plus tard sous celui de Charles Durgé. Né à Berlin ou à Potsdam en 1780, il fut baptisé comme fille. A 20 ans, il avait encore conservé les habitudes et les vêtements de son premier sexe; il est alors pour la première fois parlé de lui dans les Annales de la science, Hufeland en fait mention dans son journal (année 1801); et déjà à cette époque la perspicacité du patriarche de la médecine allemande s'était prononcée pour la prédominance des attributs du sexe féminin chez Derier.

Plus tard, Derier, qui avait appris à modeler en cire,

parcourut les diverses universités d'Allemagne, et voyagea en France, en Angleterre et en Hollande, dans les années 1816 et 1817. On l'employa dans plusieurs musées d'anatomie. Un grand nombre de médecins et de savants eurent occasion de l'examiner : la plupart d'entre eux, et nommément Kopp, Kausch, Mursina, Rosenmüller, Ostander, Lawrence, Green, et la Faculté de médecine de Paris, se déclarèrent pour le sexe masculin. Hufeland que nous avons déjà nommé, Gall et Brooks, se prononcèrent en faveur du sexe féminin. D'autres, et parmi eux les docteurs Schneider et Lauth, Schmidtmüller et Ritgen, opinèrent que Derier n'appartenait à aucun sexe; les différentes parties du corps même furent considérées comme pouvant appartenir tantôt au type masculin, tantôt au type féminin. Le bassin seul fut presque généralement regardé comme un bassin de femme; et cependant l'inspection anatomique, comme nous verrons plus tard, a démontré le contraire.

S'appuyant sur l'opinion de la majorité des médecins qui s'étaient prononcés pour le sexe masculin, et poussé par une sorte de vanité, Derier prit les vêtements et la manière de vivre de l'homme, et se fit appeler Charles Durgé. C'est sous ce nom qu'il a vécu à Bonn depuis 1820 jusqu'au mois de mars 1835, où il est mort. Durant cette dernière période de sa vie, M. le professeur Mayer l'a eu constamment sous les yeux. Durgé, dit-il, aimait à se ranger parmi les hommes, mais il montrait une certaine prédilection pour les femmes, vers lesquelles cependant ne l'entraînait aucun désir érotique. Son caractère était un mélange de l'homme et de la femme; d'un côté, il avait un courage au-dessus de sa taille; il jouissait d'une certaine force musculaire, et aimait à dominer; d'un autre côté, il se distinguait par une grande dextérité manuelle; ses ouvrages en cire étaient toujours fidèles et bien travaillés. Il

était animé de sentiments doux et affectueux, et en même temps d'un certain esprit de contradiction.

Il ne s'était plus manifesté, dans ces dernières années, d'écoulement sanguin par les parties génitales, comme cela paraît avoir eu lieu trois fois pendant sa vingtième année; mais il était devenu sujet aux épistaxis et aux hémorrhoïdes, phénomènes que l'on peut attribuer aussi à sa manière de vivre. Il buvait beaucoup de vin, de café et de liqueurs spiritueuses. Jamais il n'eut de pollutions ni d'éjaculations de sperme. Sa voix était devenue plus forte et plus grave avec les progrès de l'âge, mais elle avait néanmoins conservé un son criard. Il s'était montré quelques vestiges de barbe; tous les cheveux étaient tombés, à l'exception de quelques mèches longues et pendantes derrière l'occiput. Sa tête et sa face présentaient l'aspect d'une vieille femme; la plupart de ses dents étaient tombées. Son cou était court; sa poitrine grasse et potelée; ses bras et ses jambes avaient la direction des membres de la femme; sa taille, qui avait pris toute sa croissance à 13 ans, était de 5 pieds. A 38 ans il s'était opéré un changement total dans sa constitution; il avait pris un certain embonpoint; sa santé avait été parfaite, à l'exception d'une fièvre nerveuse qui l'attaqua à 40 ans. Il vécut ainsi jusque trois ans avant sa mort, où sa mémoire baissa, et où il perdit le goût de ses ouvrages en cire. Dans le mois de mars 1835, son regard prit un aspect hagard pendant quelques jours, au bout desquels Durgé ou Derier succomba à une attaque d'apoplexie foudroyante.

L'autopsie cadavérique fut faite par M. le professeur Mayer, l'un des anatomistes les plus distingués de l'Allemagne. M. Mayer est entré dans des détails qui paraîtraient fastidieux s'ils n'étaient justifiés par l'importance du sujet. Nous avons cru devoir rapporter fidèlement la description

du professeur de Bonn, parce qu'elle jette le plus grand jour sur la nature véritable d'un individu qui avait joui d'une certaine célébrité à cause de la difficulté extrême de constater à quel sexe il appartenait; elle nous apprend de plus qu'il peut exister de véritables hermaphrodites chez l'homme, c'est-à-dire des organes sexuels mâles et féminins sur un même individu.

Autopsie : *Habitude extérieure.* — Longueur du corps, 5 pieds; longueur des extrémités supérieures depuis le condyle de l'humérus jusqu'au bout du doigt médian, 2 pieds 4 pouces et un quart; extrémités inférieures depuis le grand trochanter jusqu'au talon, 2 pieds 10 pouces trois quarts. Tête de forme féminine, petite; front étroit, bas; occiput bombé, cheveux rares et ne couvrant plus que la région occipitale; barbe peu marquée, cou court, larynx non saillant; largeur des épaules 1 pied 2 pouces, boîte thoracique étroite supérieurement, courte; abdomen plus long, seins assez développés, mais mamelons frétris; bassin point large, arcade pubienne pas très-évasée; courbure des bras et des jambes comme chez la femme.

Description des organes à l'intérieur.—Langue courte, large, arrondie; papilles longiformes très-développées; hyoïde petit, mais très-ossifié; le cartilage thyroïde ne forme qu'une légère saillie, il est très-étroit, mais d'un tissu assez dur de haut en bas; glande thyroïde assez volumineuse, du reste normale; cornes thyroïdiennes supérieures et inférieures très-longues; ligament crico-thyroïdien et cartilage cricoïde forts et développés; épiglotte courte et large; cavité du larynx peu large, cependant les cordes vocales supérieures et inférieures sont proportionnellement épaisses et fortes; trachée-artère étroite, ses cartilages plus mous que chez l'homme; poumons petits, le droit partagé seulement en deux lobes par une saillie peu profonde et incomplète,

le gauche est conformé de même, de plus il est adhérent aux parois du thorax, au péricarde et au diaphragme; le poumon droit, à l'exception de quelques tubercules arthritiques de la grosseur d'un pois, est entièrement sain; le gauche contient un plus grand nombre de ces concrétions, surtout au bord interne du lobe supérieur.

Cœur gros, large, rond, a la forme d'un cœur de femme; sa structure est normale, et son parenchyme musculaire bien nourri; division des vaisseaux de la crosse de l'aorte naturelle.

Estomac de forme oblongue à muscles peu forts; rate adhérente au péritoine, d'une petitesse extrême, longue de 2 pouces et 10 lignes seulement, large d'un pouce 8 lignes; foie moyen; vésicule biliaire contenant une cinquantaine de petits calculs; canal intestinal normal; cœcum grand; appendice vermiforme large.

Seins peu développés on ne peut y distinguer des granulations glanduleuses, à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge-jaunâtre; le mamelon ne proémine que légèrement; il est percé de plusieurs petits trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés, disposés seulement autour de l'aréole.

Reins oblongs, étroits, petits; capsules surrénales à l'état naturel.

L'encéphale et nommément le cerveau, petits, présentent entièrement l'organisation et la forme de cet organe chez la femme; il est arrondi et symétriquement convexe; lobes peu proéminents; circonvolutions nombreuses, mais étroites; les cuisses du cerveau courtes et d'une texture délicate; le pont de Varole et la moelle alongée, petits; les nerfs et particulièrement la cinquième paire plus faibles que chez l'homme; cervelet moins développé et déprimé, son hémisphère droit remarquablement plus petit que le

gauche ; il en est ainsi de tous ses lobes et lobules, mais les deux lobules ventriculaires sont surtout arrêtés dans leur développement. Du reste, les lames du cervelet sont très-nombreuses ; le cerveau présente également un moins grand développement de son hémisphère droit dont les trois lobes se font remarquer par une excavation à la base; corps calleux court ; les couches optiques, les corps quadrijumeaux, la glande pinéale et les corps cannelés, petits.

Crâne petit, ses os minces, mais solides, sutures non effacées ; os de la face peu développés ; arcade maxillaire supérieure dégarnie de dents ; à l'arcade inférieure restent encore deux petites molaires et les incisives ; apophyses mastoïdes assez fortes ; front peu saillant, mais sommet de la tête et occiput servant à recevoir les lobes postérieurs plus larges ; les bosses correspondantes au cervelet peu prononcées, la gauche plus bombée, la droite plus aplatie.

Colonne vertébrale régulièrement construite, mais les vertèbres, surtout les cervicales et les thoraciques, très-faibles ; côtes frêles et aplaties ; les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième à gauche sont fracturées, les quatre premières en deux endroits, la dernière en un seul, mais les fractures sont en grande partie consolidées ; à ces différents points adhérait la plèvre intimement unie au poumon ; le sternum et particulièrement son manche assez forts : tout le thorax est plus étroit que de coutume, principalement à sa partie moyenne, tandis qu'inférieurement il va en s'élargissant davantage.

Les os des extrémités supérieures sont proportionnellement plus développés, mais présentent un caractère féminin, la clavicule et l'omoplate surtout : la première est courte, arrondie, mince et très-courbe ; l'avant-bras forme avec le bras un angle assez marqué en dehors ; la main est petite comme celle d'une femme.

Vertèbres lombaires peu grosses, le sacrum l'est davantage; angle sacro-vertébral peu proéminent.

Le bassin, composé d'os forts et solides, est en général étroit et présente *d'une manière évidente la configuration d'un bassin d'homme;* son plus grand diamètre transverse d'une crête iliaque à l'autre a 9 pouces; de l'épine antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé, il y a 7 pouces 3 lignes; diamètre transverse du détroit supérieur, 4 pouces 5 lignes; diamètre antéro-postérieur, 3 pouces 4 lignes; diamètre oblique, 4 pouces; diamètre transverse du détroit inférieur, 3 pouces 3 lignes; diamètre antéro-postérieur, 2 pouces 6 lignes; symphyse pubienne longue et étroite; trous ovales oblongs; l'arcade des pubis est celle d'un homme, formant un angle de 65 degrés; les portions latérales de l'ilion ont une direction verticale; les cavités cotyloïdes sont plates, tournées en avant; les tubérosités sciatiques se dirigent en bas et en dedans; tout le bassin est un peu inégal, oblique, de telle sorte que la moitié droite du petit bassin est plus petite et plus étroite que la gauche, et l'angle sacro-vertébral plus penché vers ce côté; extrémités inférieures d'un tissu osseux très-délicat, col du fémur très-court; trochanters faibles, genoux un peu courbés en dedans.

Description des organes génitaux en particulier. — Mont de Vénus peu arrondi; les poils qui le recouvrent sont clairsemés et ne remontent pas jusqu'à l'ombilic, la région anale et le périnée sont également peu recouverts. Longueur du pénis jusqu'à la couronne du gland, 2 pouces; le gland lui-même a 9 lignes; la plus grande partie du pénis se cache sous la peau du mont de Vénus; les corps caverneux sont assez développés, présentent chacun un diamètre perpendiculaire de 8 lignes et ensemble un diamètre transversal de 4 lignes; tous deux sont séparés par une

cloison; le corps spongieux manque; le prépuce ne recouvre le gland qu'à moitié; à l'extrémité du gland et un peu au-dessous se trouve une petite fossette (fossette naviculaire) d'où part un demi-canal qui représente le canal de l'urètre fendu (il est formé par deux plis de la peau qui, en s'écartant postérieurement, peuvent assez bien se comparer aux nymphes : ce demi-canal conduit à une ouverture ronde de la grandeur d'un tuyau de plume; les grandes lèvres, dont la peau est froncée, forment le bord postérieur de cette ouverture, et la muqueuse lisse et unie son bord antérieur; à ce bord antérieur ou supérieur se trouvent deux replis cutanés longitudinaux entre lesquels le demi-canal, représentant le canal de l'urètre, se continue en dedans; aux côtés du bord inférieur s'observent des vestiges de caroncules myrtiformes; l'ouverture circulaire se continue avec un vestibule long de 8 lignes qui conduit en haut dans le canal de l'urètre, et en bas dans un canal plus large qui figure le vagin : la cloison qui sépare en cet endroit le vagin et le canal urétral est découpée en demi-lune, et est située horizontalement; le canal de l'urètre se trouve à la racine du pénis et est en même temps entouré par la prostate, qui est ferme mais peu épaisse; le col de la vessie et la vessie elle-même sont régulièrement conformés; cette dernière est très-musculeuse et a des membranes très-fermes; les embouchures des uretères ne présentent rien d'anormal.

Le canal qui représente le vagin est formé par une muqueuse délicate, pauvre en fibres musculaires; il est rempli par une mucosité verdâtre; au commencement il est entouré d'un réseau aréolaire et vasculaire dont on peut cependant facilement le séparer; ce tissu, composé en grande partie de veines variqueuses, se continue en montant entre le vagin et l'urètre où il se perd insensiblement; en cet

endroit on voit des troncs veineux en partir, et une forte artère s'y rendre. La longueur du canal vaginal est de 2 pouces 8 lignes, sa largeur en avant où il est le plus ample, de 10 lignes, et en arrière, où il est le plus étroit, de 6 lignes; sa surface interne est antérieurement un peu ridée, en arrière elle est lisse, mais garnie de petites verrues très-fines, et on y remarque comme des cicatricules de forme étoilée ou réticulaire; le vagin se termine intérieurement par une portion rétrécie, une sorte d'isthme de structure spongieuse longue de 4 à 6 lignes. Derrière cet isthme qui figure en même temps l'orifice imperforé de l'utérus, commence l'utérus lui-même, qui, se continuant avec la direction oblique du vagin, monte derrière et entre la vessie et le rectum, en se dirigeant de droite à gauche, de manière que son fond se trouve au bord gauche de la vessie, au point de réunion du corps et du fond de cet organe.

L'utérus est extrêmement étroit; la longueur est de 2 pouces 6 lignes; on peut y distinguer un col et un fond, le col est plus menu: sa surface interne ne présente que quelques légers plis et plusieurs taches d'un jaune brun; sa cavité, qui contient un mucus gélatineux, est plus rétrécie que celle du vagin, et peut à peine recevoir un tuyau de plume; le fond est un peu plus large, et présente à peu près 6 lignes; le corps de l'utérus présente des plis plus prononcés et de nombreuses vésicules hydatiformes mêlées çà et là à des taches jaunes.

Les deux trompes s'abouchent exactement au fond de l'utérus; elles sont de longueur inégale, la trompe gauche a 3 pouces 4 lignes; la droite 4 pouces 4 lignes; leur canal est rétréci, mais complètement perméable jusqu'à l'ouverture abdominale qui est imperforée et se termine par plusieurs hydatides; les corps frangés existent, et on remarque des fibres musculaires assez fortes qui partent du fond

de l'utérus, dessous le péritoine, passent par-dessus sa face antérieure et la vessie, se dirigent vers l'anneau inguinal, et vont se perdre au dehors dans le tissu graisseux du mont de Vénus. Du côté droit, près de l'extrémité libre de la trompe, est un petit corps ovale, aplati, auquel se rend un cordon de vaisseaux et de fibres musculaires; il est entièrement enveloppé dans le péritoine; sa forme est celle d'une petite amande; son parenchyme composé évidemment d'un tissu, mou, jaune, filamenteux, ressemble tout-à-fait à celui d'un testicule; on peut très-bien en retirer les vaisseaux séminifères, et on reconnaît dans le cordon l'artère et la veine spermatique.

A gauche, derrière et un peu en dehors de l'ouverture abdominale de la trompe de ce côté, se trouve également un petit corps rond, aplati, et entouré de péritoine, mais son tissu est granuleux et se compose de petits grains conglomérés, de sorte qu'il ressemble plutôt à un ovaire qu'à un testicule.

Journal hebdomadaire (Septembre 1836).

Extrait d'un mémoire sur la section du tendon d'Achille, dans le traitement des pieds-bots; par M. Bouvier. — On sait que la variété de pied-bot nommée *pied équin*, celle qui consiste dans l'extension forcée du pied, est un effet du raccourcissement permanent de ses muscles extenseurs et du tendon qui les termine. Le pied-bot en dedans, ou varus, est dû en grande partie à la même cause. Aussi le traitement du pied équin consiste-t-il presque uniquement à allonger les extenseurs du pied par une distension lente et soutenue; et le pied-bot interne présente la même indication. Mais

on peut encore rendre à ces muscles leur dimension naturelle, en coupant en travers leur tendon, dont on tient ensuite les bouts écartés, de manière que la cicatrice supplée à leur défaut de longueur. Ce procédé, principalement applicable aux pieds-bots anciens, où l'emploi des machines est souvent insuffisant et même dangereux, a dans tous les cas l'avantage d'une promptitude dans les résultats, dont le traitement par les appareils mécaniques ne saurait approcher.

Cette opération a été pratiquée pour la première fois, en 1784, sous les yeux de Thilénius, médecin d'une petite ville aux environs de Francfort. Elle a été faite depuis par Sartorius, Michaelis, Delpech, et dans ces derniers temps par M. Stromayer.

Le tendon n'a pas été coupé de la même manière dans les douze cas publiés par ces différents auteurs. Le procédé de Delpech et de M. Stromeyer, quoique plus parfait que celui de leurs devanciers, laissait encore à désirer pour la simplicité de l'opération et les suites qu'elle pouvait avoir. M. Bouvier s'est attaché à la réduire en quelque sorte à sa plus simple expression. Son nouveau procédé consiste à introduire sous la peau qui recouvre le tendon une sorte d'aiguille tranchante sur un de ses côtés, au moyen de laquelle il le divise en totalité, de sa face cutanée à sa face profonde. La piqûre extérieure, à peine apparente, qui succède à cette légère opération, est fermée du jour au lendemain. Le pied est ramené, en peu de jours, à sa position naturelle; la réunion du tendon s'opère en quelques semaines, sans qu'il se soit manifesté la moindre inflammation.

Delpech et M. Stromeyer ont cru devoir attendre un commencement de réunion pour changer la position vicieuse du pied; M. Bouvier ne craint pas d'écarter les deux

bouts du tendon aussitôt après la section; il épargne ainsi au malade la douleur causée par le tiraillement de la cicatrice, et il ne risque pas de trouver dans celle-ci une résistance déjà insurmontable, comme cela est arrivé une fois à M. Stromeyer. Il prouve d'ailleurs, par des faits positifs, dont plusieurs sont cités par Molinelli, dans les mémoires de l'Académie de Bologne, ainsi que par les résultats de ses expériences sur les animaux et des opérations qu'il a déjà faites sur l'homme par ce procédé, que l'écartement des deux bouts du tendon ne nuit en rien à la formation de la cicatrice.

M. Bouvier a suivi, sur des chiens, le mécanisme curieux par lequel la réunion s'effectue. Il a présenté à l'Académie une série de tendons pris à des époques différentes, et sur lesquels on voit clairement qu'une substance tendineuse nouvelle est créée de toutes pièces par les transformations successives qu'éprouve la gaîne celluleuse du tendon.

Quatre observations de pieds-bots guéris par la section du tendon d'Achille terminent ce travail.

Le premier cas dans lequel M. Bouvier ait pratiqué cette section est celui d'une jeune fille, âgée de quatorze ans, chez laquelle des abcès scrofuleux avaient déterminé, à l'âge de deux ans, un pied équin porté au plus haut degré.

La section du tendon a été faite le 15 janvier dernier. Au bout de quinze jours, le pied, qui, avant l'opération, était situé parallèlement à l'axe de la jambe, formait avec celle-ci un angle presque droit; huit jours après, il avait dépassé cet angle. La disposition des os du tarse, déformés par l'ancienneté de la déviation, apporta seule quelque retard dans le rétablissement des fonctions du membre, dont le second moule pris après trois mois et demi de traitement forme, avec le premier, un contraste qui en dit plus sur

l'efficacité de cette méthode que tous les raisonnements dont on pourrait l'appuyer.

La deuxième observation est encore plus remarquable en raison de l'âge avancé et de l'indocilité du sujet, qui ne voulut jamais s'astreindre à porter convenablement l'appareil qui devait maintenir le pied après la section. Il s'agit, dans cette observation, d'un homme âgé de 46 ans, affecté, depuis l'âge de 6 ans, d'un pied équin du côté droit. M. Bouvier fit la section du tendon d'Achille le 12 février 1836, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, en présence de M. le professeur Roux et des élèves qui suivaient sa clinique.

La piqûre extérieure se ferma le second jour. Trois semaines après l'opération, le pied formait un angle droit avec la jambe, et la continuité du tendon était rétablie. Le malade quitta l'hôpital au bout de quarante jours. Il marche aujourd'hui sur le talon à plat, et fait de longs voyages à pied, malgré la présence derrière le talon d'une petite plaie qui a succédé à la chute d'une escarre causée uniquement par l'application défectueuse de l'appareil, que cet homme, fortement adonné à l'usage des liqueurs spiritueuses, ôtait et replaçait lui-même à chaque instant selon son caprice.

Dans la troisième observation il est question d'une jeune fille âgée de treize ans, dont le pied s'était dévié, à l'âge de quatre ans, à la suite d'une paralysie du côté droit du corps. La section du tendon a eu lieu le 15 juillet. La plaie extérieure, comparable à une piqûre de sangsue, était fermée le lendemain. Le pied fut fléchi aussitôt après la section, et passait l'angle droit huit jours après.

Le quatrième fait est tiré de la pratique de M. Roux. Les circonstances en sont très-simples. Paul B...., âgé de douze ans, blessé au mollet gauche à l'âge de deux ans et demi, commença peu après à boiter du pied gauche, et l'on s'a-

perçut que le talon ne touchait plus le sol; la rétraction augmenta graduellement et il en résulta un véritable *pied équin*. Le tendon fut divisé par M. Roux, le 4 août dernier, et dès le lendemain le pied fut ramené à l'angle droit. Au bout de trois semaines la cicatrice du tendon était solide, et il ne restait plus de trace de la difformité.

Deux autres malades, sur lesquels M. Bouvier a coupé le tendon d'Achille, sont encore en traitement : l'un est un jeune homme de vingt-trois ans, l'autre une femme âgée de cinquante-trois ans, pour laquelle il a fallu combiner l'action des machines avec la section du tendon.

Outre les empreintes en plâtre des sujets qu'il a guéris, M. Bouvier a présenté à l'Académie le moule des pieds du premier malade opéré par Delpech, il y a vingt ans, et que le hasard lui a fait retrouver dernièrement à Paris. La guérison ne s'est pas démentie pendant ce long laps de temps, et le sujet de cette observation jouit de toute l'intégrité des fonctions du membre.

Au reste, M. Bouvier ne propose de recourir à la section du tendon d'Achille que lorsque les machines employées seules devraient échouer ou qu'elles entraîneraient un traitement trop long et trop pénible.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Octobre 1836).

Cas de combustion humaine spontanée; par M. Joly. — Le nommé Bernard, dit Larivière, âgé de 75 ans, tailleur d'habits, et sa femme, âgée de 65 ans, sans enfants, l'un et l'autre d'une constitution sèche et sanguine, menant tous deux une vie très-sédentaire, faisaient depuis long-temps

un abus continuel et immodéré de boissons spiritueuses. Le 6 de ce mois, à la suite d'une orgie, ils tombèrent dans un état complet d'ivresse et restèrent seuls, depuis sept heures du soir jusqu'au lendemain onze heures du matin, instant où ils furent trouvés morts. Informé de cet événement, M. Delaville, procureur du roi, m'invita à l'accompagner pour constater l'état des deux cadavres. Il était trois heures lorsque nous arrivâmes au domicile des époux Bernard, situé en la commune de Surville, et distant d'un quart de lieue environ de Pont-Lévêque. La pièce dans laquelle on nous introduisit était restée fermée; quelques-uns de ses meubles étaient recouverts d'une couche très-légère d'une suie grise, beaucoup plus apparente sur les vitres des deux fenêtres que partout ailleurs; une forte odeur empyreumatique se faisait sentir, et sur le pavé, entre une table encore chargée de verres et de bouteilles qui avaient contenu l'eau-de-vie, et les cendres d'un foyer éteint, gisaient les jambes de deux cadavres et une masse informe et charbonnée. De ces quatre parties des extrémités inférieures, deux, appartenant au même individu, étaient recouvertes de bas de laine noire et de chaussures de drap. L'un des bas avait seul été brûlé à sa partie supérieure. Les portions de la peau protégées par ces chaussures n'étaient que rubéfiées; les tissus sous-jacents étaient flasques, et de profondes incisions pratiquées dans l'épaisseur des muscles n'offraient rien de particulier à noter. A trois travers de doigt au-dessus des genoux les cuisses étaient réduites en une masse noire, informe et charbonnée. Plus de traces des parties extérieures de la génération, du bassin et des organes contenus dans sa cavité; on ne retrouvait que le bord supérieur de l'os iliaque gauche calciné; au milieu d'un charbon huileux et fétide était enseveli l'ovaire gauche doublé de volume. Au niveau de l'articulation

correspondant à la cavité des orbites se dessinaient encore. Au moindre choc, cette boîte osseuse nous offrit une cassure nette de plusieurs de ses os, et, au milieu de sa cavité, reposait, sur le grand trou occipital, un corps du volume et de la forme d'un œuf de poule; c'était le cerveau desséché et raccorni.

Des extrémités supérieures de ces deux cadavres nous n'avons retrouvé qu'une portion d'humérus calcinée et longue de quelques pouces, et trois os métacarpiens également calcinés et encore unis entr'eux.

Déduction faite du poids des jambes et des pieds qui, à raison d'une altération moindre, ne devaient avoir subi à peu près aucune modification, quant à leur pesanteur, nous avons estimé que les cendres et le charbon, produits de la combustion des autres parties, ne devaient pas dépasser quatre livres.

L'espace de temps pendant lequel cette combustion s'est opérée n'a pu excéder treize à quatorze heures.

Ces débris, étendus sur un pavé sali d un liquide puant et gras, étaient encadrés par les objets suivants : 1° Aux pieds, parties les plus éloignées du foyer, une table restée intacte ; 2° aux deux têtes, le foyer, sans feu, un garde-cendre et un landier, tombés de l'âtre, et engagés sous la femme, *et entre la tête de cette dernière et celle du mari, un tison encore enflammé;* 3° à droite, rien qu'un sabot; 4° à gauche, et intermédiaires au mur et à l'extrémité inférieure droite du corps de Bernard, une chaise, dont un pied, quatre traverses et le siége en paille, avaient été incomplètement incendiés, et une ruche à miel en cendre. A quelques pouces seulement au-dessus des corps, nous avons retrouvé une balayette en jonc, roussie à peine d'un seul côté, et des allumettes, dont l'extrémité soufrée débordait un sabot qui les contenait.

Ces faits recueillis sous les yeux de l'autorité, bien que dégagés d'une foule de détails qui ne pouvaient intéresser que la justice, paraîtront trop longs sans doute; ils viennent d'ailleurs plutôt confirmer ce que la science sait sur les combustions humaines spontanées, qu'ajouter à ce qui est connu. Les victimes sont encore ici des vieillards, ivrognes et sédentaires; leur corps n'a point été *complètement* réduit en cendres; comme dans la plupart des cas, quelques portions des extrémités ont été épargnées; le feu n'a également brûlé qu'en partie les objets les plus rapprochés; il a même respecté des corps voisins très-combustibles; enfin, cette combustion prompte a, comme toujours, laissé pour résidu des cendres et du charbon légers et fétides, une suie huileuse et une odeur des plus pénétrantes. Mais ce qui peut différencier cette observation des autres, c'est de reposer à la fois sur deux individus de sexe différent, et d'ajouter, par là, un fait de plus aux cas beaucoup plus rares de combustion spontanée chez l'homme; c'est d'offrir enfin deux individus placés dans des conditions physiologiques tellement identiques, que la combustion les atteint tous deux, au même degré, et dans les mêmes parties, comme dans d'autres elle les anéantit, sans laisser de traces.

Journal de chimie médicale (Octobre 1836).

Note sur un moyen de déceler la présence de l'acide arsénieux; par M. Paton. — M. Paton, chargé par M. le juge de paix du canton de Clères de rechercher la cause de la mort de volailles appartenant à un fermier du canton, et soupçonnant qu'elles avaient été empoisonnées par l'acide arsé-

nieux, fit des recherches à l'aide des moyens ordinaires sur les matières contenues dans l'estomac et dans les intestins; mais elles furent inutiles, et ne fournirent pas de traces de poison.

Cependant des recherches faites sur l'un de ces animaux firent reconnaître dans l'estomac un fragment d'acide arsénieux pesant environ deux grains.

Cette circonstance porta M. Paton à faire de nouvelles tentatives, et il put enfin obtenir du sulfure d'arsenic, des arsénites de cuivre, de l'arsénite d'argent, enfin de l'arsenic métal.

Le procédé employé par M. Paton consiste à précipiter les matières qui embarrassent l'acide arsénieux par un macéré de noix de galles qui donne lieu à un précipité et à une liqueur filtrée, de laquelle on peut précipiter l'acide arsénieux par les réactifs, comme on le ferait en employant une solution d'acide arsénieux.

M. Paton indique aussi la noix de galle dans l'analyse du pain contenant de l'acide arsénieux, analyse dans laquelle, par les moyens ordinaires, le précipité ne se sépare qu'au bout de plusieurs jours. Voici le procédé indiqué par M. Paton.

On écrase le pain empoisonné, on le met à infuser dans l'eau chaude; on laisse en contact pendant une demi-heure; on filtre; on ajoute un macéré de noix de galle, obtenu par de l'eau froide, pour déterminer la précipitation des substances qui enveloppent l'acide arsénieux; on filtre, et on essaie ensuite la liqueur par les réactifs employés ordinairement pour déceler la présence de l'acide arsénieux.

Nous ferons observer ici que le procédé indiqué par M. Paton peut être employé utilement pour précipiter les matières organiques qui cèlent la présence de l'acide arsé-

nieux, et qui empêchent les réactifs d'agir sur lui; mais nous devons dire aussi que déjà d'autres moyens ont été indiqués dans le même but. Ainsi, dans son travail sur les exhumations, M. Orfila a particulièrement signalé la non participation de l'acide arsénieux lorsqu'il est mêlé avec de la fécule, de l'albumine, etc. Mais cet auteur a aussi indiqué un moyen d'obvier à cet inconvénient. Ce moyen consiste à faire évaporer la liqueur à siccité, et à traiter le résidu par l'eau distillée; le solutum filtré contient alors l'acide arsénieux, qui peut être précipité par l'acide hydrosulfurique.

M. Taufflieb a aussi proposé de précipiter les matières animales par de l'oxyde de zinc dissous par la potasse.

Quant à la séparation de l'acide arsénieux qui serait contenu dans le pain et dans la farine, un moyen simple consiste à traiter soit la farine, soit le pain par l'acide sulfurique, à saccharifier aussi la fécule, à filtrer le liquide, puis à faire passer dans ce liquide un courant d'air hydrosulfurique.

Les observations que nous joignons ici n'ont point été faites dans le but de critiquer le procédé de M. Paton; mais elles doivent rappeler des procédés proposés dans le but de débarrasser l'acide arsénieux des substances végétales et animales qui empêcheraient sa précipitation.

LITTÉRATURE MEDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Découverte des rameaux artériels qui déterminent l'érection du pénis chez l'homme et chez les animaux.

— *Cas d'empoisonnement par des pommes de terre gâtées.* — *Commentaires anciens sur Hippocrate et Gallien.* — *Remarques sur les sensations des amputés.* — *Nouvelles méthodes pour guérir les fistules de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme.* — *Nouvel appareil pour le traitement des fractures du membre inférieur.*

I. — *Découverte des rameaux artériels qui déterminent l'érection du pénis chez l'homme et chez les animaux;* par J. Muller. —Après avoir décrit l'origine de l'artère du pénis, qui provient comme on sait de la honteuse interne, l'auteur fait observer qu'elle se divise en deux ordres de rameaux différents par leur trajet, leur forme et leur mode de distribution ; les uns, en effet, appartiennent aux fonctions de la nutrition, les autres sont destinés à amener le phénomène de l'érection. Les artères nourricières se comportent dans le membre viril comme ailleurs ; elles se divisent à l'infini sur les parois du septum fibreux de la verge, et se perdent enfin dans le réseau capillaire. Les autres, au contraire (celles de l'érection), sont des rameaux courts qui se séparent à angle droit des petites branches de l'artère profonde du pénis. Quoiqu'elles aient à peine un cinquième de millimètre de diamètre, il est néanmoins facile de les suivre à l'œil nu, et l'on reconnaît qu'elles ne se ramifient pas, mais qu'elles se terminent en cœcum ou par un petit renflement. On les observe surtout dans le tiers postérieur du corps caverneux. M. Muller leur a donné le nom d'*artères héliciennes* (*arteriæ helicinæ*), pour rappeler leur forme qui se rapproche de celle des crampons de la vigne. L'artère profonde du pénis reçoit ainsi non-seulement le sang destiné aux branches nourricières, mais encore celui qui se verse au moment de l'érection dans les cellules du corps caverneux.

De semblables artérioles se retrouvent dans le bulbe de l'urètre. Elles sont beaucoup plus prononcées chez l'homme que chez les animaux.

(*Archives d'anatomie de Muller*, 1835, 2e cahier.)

II. — *Cas d'empoisonnement par des pommes de terre gâtées;* par le docteur Kahlert à Prague. — Dans la nuit du 12 au 13 février, l'auteur fut appelé auprès d'une famille entière dont tous les membres avaient été pris subitement d'accidents très-graves. A son entrée dans la chambre à coucher, une petite fille de neuf ans appela la première son attention : la pâleur de la mort couvrait son visage, ses yeux étaient fermés, ses extrémités froides, immobiles, dans un état de tension convulsive. Elle était couchée sur le dos, et un liquide blanchâtre, inodore, qu'elle venait de vomir, couvrait sa poitrine. Les mâchoires, fermées convulsivement, ne permettaient pas d'examiner la langue. La mère et un enfant de deux ans étaient dans le même état, celui-ci encore en proie à des nausées et des vomissements. Sur le lit était assis un homme de trente-sept ans, le mari de cette femme, pâle, la tête pendante, le visage froid et décomposé, les yeux ternes et fixes : il semblait plongé dans une ivresse profonde. Après quelques vains efforts pour parler, il tomba sans connaissance sur son chevet. Comme toute sa famille, il avait été en proie à des vomissements pendant toute la soirée : mais aucun des malades ne présentait de la diarrhée. Le médecin, n'ayant pu obtenir aucun renseignement, ni des voisins ni des malades eux-mêmes, conclut à un empoisonnement sans pouvoir préciser sa nature. Après avoir aspergé les malades avec de l'eau froide pour les faire revenir à eux, il leur inséra dans la bouche quelques gouttes de la liqueur d'Hoffmann qui furent avalées. En même temps, on frottait les tempes avec du vinaigre radi-

cal; les malades ayant donné quelques signes de vie, on leur donna successivement plusieurs cuillerées de café; peu de moments après, ils revinrent complètement à eux, dès-lors on leur administra toutes les demi-heures une cuillerée à café d'une potion calmante. Après deux heures, toute la famille était hors de danger, et alors on obtint des renseignements sur ce qui s'était passé. La mère raconta qu'elle avait préparé une bouillie avec des pommes de terre fanées et germées en les assaisonnant avec un peu de beurre; qu'elle et ses enfants, qui depuis plusieurs jours n'avaient rien mangé de chaud, s'étaient gorgés de cet aliment insalubre, tandis que son mari, dînant chaque jour chez les maîtres qu'il servait, en avait mangé beaucoup moins. Vers six heures, la chaleur à l'épigastre, accompagnée de douleurs, s'était fait sentir d'abord, et avait été suivie bientôt de vomissements, puis de syncope, et enfin de tous les autres symptômes observés par l'auteur. Celui-ci conclut que les accidents ont été causés par une indigestion, et que les phénomènes de narcotisme doivent être attribués au développement de gaz acide carbonique qui a lieu pendant la germination des plantes.

(*Journal de Clarus et Radius*, 1834, 1e cahier).

III. — *Apollonii Citiensis, Stephani, Palladii, Theophili, Incletii, Damascii, Joannis et aliorum scholia in Hippocratem et Galenum e codicibus mss. Vindobonens., Monacens., Florentin., Mediolanens., Escorialens. primum græce edidit Fridericus, Reinholdus* Dietz M. D., *in Academia Prussorum Albertina prof.* — Kœnigsberg chez Borntraeger. — Autrefois les médecins étaient érudits, trop érudits peut-être, tout hérissés de grec et de latin; l'Académie de médecine et celle des inscriptions se donnaient la main. Astruc a écrit une dissertation sur les voies romaines, Bosquillon était cité parmi

les hellénistes, et M. Petit-Radel est mort membre de l'Académie en *us*, mais il est le dernier; et les médecins modernes ont abandonné pour la plupart toute prétention à la connaissance des langues, sans en excepter le français. Loin de déchiffrer des manuscrits grecs comme leurs prédécesseurs, ils ne lisent pas même la *lettre moulée*, et s'en rapportent aux traducteurs pour Hippocrate et pour Gallien. Mais en Allemagne, où tout genre d'érudition fleurit, il se trouve qu'un praticien de Kœnigsberg, médecin d'hôpital et professeur de clinique, s'occupe des commentateurs d'Hippocrate et de Gallien. Pendant cinq ans il parcourt l'Europe, visite les bibliothèques, compulse les manuscrits, rétablit le texte original lui-même et l'enrichit de commentaires inédits jusqu'ici. Les commentateurs contenus dans le premier volume sont : 1° Apollonius de Citium ; il vivait du temps de Strabon peu de temps avant la naissance de Jésus-Christ, et nous avons de lui trois commentaires sur l'ouvrage d'Hippocrate, des Articulations. Son ouvrage est dédié à l'un des Ptolémées.

2° Stéphanus. Observation sur le prognosticon d'Hippocrate. L'auteur, né à Athènes, vivait dans le septième siècle à Alexandrie.

3° Le même Stéphanus adressa à Glancon un commentaire sur le premier livre de Gallien, traitant de la thérapeutique.

Dans le second volume M. Dietz a réuni.

1° Le commentaire du sophiste Palladius sur le sixième livre d'Hippocrate, traitant des maladies endémiques. Palladius, surnommé *Jatrosophista* d'Alexandrie, vivait probablement à la fin du sixième siècle ou au commencement du septième siècle.

3° Des scholies incomplètes de Jean d'Alexandrie, con-

temporain de Palladius, sur le livre d'Hippocrate *de naturâ pueri*.

3° Les commentaires de Théophilus et Damascius sur les aphorismes, avec des fragments de ceux de Stéphanus et Méletius sur le même ouvrage.

Théophilus, appelé aussi Philotheus et Philaretus avec le surnom *Protospatharius*, c'est-à-dire chef de la garde de l'empereur, était un moine qui vivait du temps de l'empereur Héraclius, dans le septième siècle.

Ces commentaires sont d'une intelligence facile pour quiconque comprend le grec d'Hippocrate, aussi l'auteur n'a-t-il pas cru devoir les traduire.

(*Médic. chirurg. Zeitung*, mai 1835.)

IV. — *Remarques sur les sensations des amputés;* par le docteur G. Valentin, à Breslau. — Tous les médecins et la plupart des gens du monde savent que, lorsqu'un individu a perdu un membre, il n'en a pas moins la sensation trompeuse de l'existence de ce membre. Non-seulement ce fait si curieux n'a pas été suffisamment éclairci, mais pas même convenablement étudié ; depuis long-temps il a fixé l'attention du docteur Valentin, qui en fait l'objet constant de ses recherches sur tous les individus qu'il a pu observer.

M. Fricke avait déjà fait remarquer avec raison que lorsqu'on ampute un membre, et surtout un membre inférieur, le malade éprouve au moment de la section des nerfs une vive douleur; mais cette douleur ne siège pas à l'endroit où la section a lieu; ainsi, lors de l'amputation de la cuisse dans sa continuité, il ressent une douleur atroce dans les orteils et dans le mollet; les uns la comparent à celle que causerait un fer chaud avec lequel on traverserait les

chairs, les autres aux mille piqûres de lancettes qui pénétreraient simultanément dans la peau.

Muller soutient avec raison que la sensation de l'existence du membre persiste toujours, et M. Macartney a tort d'affirmer qu'elle n'existe que lorsque le malade souffre; cela est si vrai que, dans le moment même où un amputé vous parle du membre qu'il n'a plus en le touchant avec la main, il a encore le sentiment de l'existence de sa jambe; aussi cette erreur permanente donne-t-elle sans cesse lieu aux actions les plus bizarres. Ainsi vous le voyez, lorsqu'il entre dans le lit, soulever le drap et recouvrir avec le plus grand soin la place où reposerait sa jambe. Lorsque l'extrémité du moignon appuie contre un corps solide, un mur ou un meuble, il lui semble qu'il passe à travers. Le témoignage de ses sens, l'évidence d'une impossibilité ne sauraient détruire son erreur. Celle-ci se continue dans les rêves, mais elle est modifiée par l'espace de temps qui s'est écoulé depuis que les individus sont privés de leur membre. Ainsi ceux qui ont été amputés depuis leur enfance ne rêvent jamais qu'ils marchent sans béquilles ou sans canne, et jamais non plus ils ne se voyent mutilés. Ceux qui l'ont été depuis peu dansent, courent en rêve comme ils le faisaient à l'état de veille avant l'opération.

L'illusion des amputés et surtout de ceux de la cuisse est tellement vive qu'elle se traduit chez eux jusque dans leurs moindres mouvements; ainsi ceux qui marchent avec des béquilles avancent le moignon chaque fois qu'ils portent leurs béquilles en avant, à moins qu'avant l'ablation le membre n'ait été long-temps fléchi sur le ventre; on ne saurait supposer que c'est le membre encore existant qui fasse croire à l'existence de son congénère, car des individus amputés des deux cuisses éprouvent les mêmes sensations. Le temps n'apporte presqu'aucune modification à

leur intensité; je les ai trouvées aussi vives chez des amputés de vingt-trois ans que chez des individus mutilés depuis quelques jours. Chez plusieurs, il existe du fourmillement, et ce fourmillement est augmenté par la compression momentanée du nerf ischiatique. Cette sensation commence d'abord dans le gros orteil, puis se répand dans les autres orteils, dans la plante du pied, le talon, le mollet, puis dans le tibia, la partie de la cuisse qui manque, et enfin dans celle qui existe. C'est dans le talon et le mollet que le fourmillement est le plus fort. Lorsqu'on comprime le nerf crural, les mêmes phénomènes se manifestent, mais avec moins d'intensité. Ces sensations sont identiquement celles que tout individu peut éprouver sur lui-même en comprimant les nerfs de la cuisse. Ceux dont les membres étaient fléchis les sentent dans cette position; ainsi le docteur V. a observé un jeune homme de vingt ans qui, amputé à neuf ans pour une tumeur blanche du genou droit, se couche toujours à droite, et croit sentir sa jambe malade repliée au-dessous de celle qui est saine.

Il faut ajouter à ces sensations celles qui résultent de toutes les influences physiques ou chimiques qui peuvent agir sur le moignon lui-même, telles sont les intempéries atmosphériques, qui ont une puissante action sur le tissu des cicatrices, surtout si l'os est adhérent à la peau.

(*Annales de Hecker*, 3e vol., 5e cahier).

V. — *Nouvelles méthodes pour guérir les fistules de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme ;* par Diffenbach. — A partir du bulbe jusqu'à l'anus, les plaies les plus considérables, les fistules les plus compliquées guérissent toujours lorsque l'on sait employer un traitement convenable, et ce traitement est bien simple, car il consiste uniquement dans l'introduction et le séjour en permanence d'un cathé-

ter. La quantité considérable de tissu cellulaire qui garnit ces parties amène une formation de bourgeons charnus qui bientôt effacent les plus grandes cavités. Qu'il en est autrement à la partie libre du pénis! la peau est semblable à celle des paupières, mince, dépourvue de toute couche celluleuse, et par conséquent inhabile à produire des bourgeons charnus; l'écoulement continuel de l'urine délaye la lymphe plastique à mesure qu'elle se forme, arrête le travail déjà si faible de la cicatrisation et rend vains tous les efforts de l'art. Ces difficultés sont d'autant plus grandes que la solution de continuité est située plus près de l'orifice de l'urètre.

Sans insister sur les inconvénients de ces ouvertures, nous passons de suite à la partie pratique du mémoire.

Il est quelquefois assez difficile de trouver l'orifice de la fistule, qui est parfois si mince qu'il admet à peine une soie de sanglier. La direction du canal accidentel lui-même est toujours d'arrière en avant. Lorsque l'urine ne sort pas par la fistule quand même on comprime l'extrémité du gland, alors on fixe à l'endroit présumé un petit morceau de batiste d'un demi-pouce carré, puis le malade lance l'urine dans le canal après avoir comprimé le gland : une petite tache jaunâtre qui se trouve sur le petit morceau de batiste indique exactement le siége de la fistule. Pour se faire une idée exacte de son trajet, on l'élargit d'abord au moyen d'une corde à boyau, puis on introduit un stylet étroit par la fistule, une grosse sonde dans l'urètre, et on juge par leur point de rencontre à quelle profondeur se trouve exactement l'orifice supérieur du canal fistuleux. Dans les cas où la fistule est grande, cette exploration n'offre aucune difficulté; il est des malades chez lesquels l'extrémité de l'urètre ne servant plus au passage des urines est sèche, ou remplie d'une matière caséeuse, l'introduction d'un instrument

explorateur est toujours accompagnée de vives douleurs.

Guérison des fistules étroites. — On introduit d'abord une bougie dans le canal de l'urètre, puis un pinceau enduit de teinture de cantharides dans la fistule; cette dernière manœuvre doit être répétée trois fois dans 6 heures; lorsque la suppuration a commencé, on cautérise de nouveau. Ce traitement n'a jamais été suivi que d'un succès apparent; à la première éjection un peu forte de l'urine, ou après un coït, la cicatrice trop faible se déchirait. Je voulus la soutenir avec un ou deux points de suture, mais les chairs furent toujours coupées par les fils, et le résultat nul. Dans un autre cas, la cautérisation suivie de la suture entortillée ne réussit pas mieux. M. Diffenbach fut plus heureux en ravivant les bords de la fistule au moyen de l'instrument tranchant. Il introduisit dans le trajet une lame de la largeur d'une paille, la retourna plusieurs fois sur elle-même de manière à détacher toute la fausse muqueuse qui tapisse l'intérieur du canal, il la retira avec une pince et la retrancha au moyen de ciseaux, puis il appliqua chez un des malades un simple point de suture; chez l'autre, la suture entortillée fut mise en usage avec des précautions particulières; il convertit l'orifice externe de la fistule en une plaie simple de deux lignes de long au moyen d'une incision, puis il introduisit une aiguille très-fine dans le fond de cette plaie sans intéresser la peau, afin d'être bien sûr de réunir les bords de l'orifice interne; et en effet, au moyen d'une sonde, il put sentir l'aiguille dans l'intérieur du canal; le cinquième jour l'épingle fut enlevée avec la plus grande précaution, et la guérison s'accomplit.

Procédés opératoires pour guérir des fistules avec perte de substance à la partie antérieure du canal de l'urètre. — La suture simple et celle avec des épingles ont toujours échoué dans ces cas, même avec la précaution de faire des

incisions latérales; pendant quelques jours, la plaie conserve la meilleure apparence, mais l'adhérence est bientôt détruite par le passage de l'urine qui suinte entre la sonde et le canal de l'urètre ; de plus, cette adhérence entre les bords des lambeaux est très-faible, tandis qu'elle serait beaucoup plus forte entre les surfaces de ces mêmes lambeaux ; pour remplir ces deux indications, je résolus de procéder désormais de la manière suivante :

1° Saisir les bords de la solution de continuité avec une pince, et les enlever avec le scalpel pour donner à la plaie une forme elliptique.

2° Fixer des épingles très-fines pour réunir les lèvres.

3° Faire des incisions sur les bords du pénis parallèles à la première et deux fois plus longues.

4° Détacher les deux ponts latéraux en conduisant le bistouri à plat de manière qu'en les soulevant le cathéter situé dans le canal devienne visible.

En opérant de cette manière, M. D. obtint des succès ; mais, pour les assurer davantage, il imagina de provoquer l'adhérence des deux ponts de peau qui séparent les deux incisions latérales de celle du milieu ; pour cela il eut recours à de petites attelles en cuir de même forme et de même longueur qu'il appliqua sur ces ponts, et qu'il réunit au milieu par des points de suture qui passent en même temps par le bord interne de ces morceaux de peau.

Procédés autoplastiques pour guérir ces solutions de continuité. —L'auteur opéra de cette manière un jeune militaire qui lui fut amené par M. Aronsohn de Strasbourg. Ce malade avait une ouverture de la grosseur d'un pois à l'extrémité du canal de l'urètre au niveau du frein ; on l'opéra de la manière suivante. Après avoir introduit une sonde de gomme élastique dans l'urètre, je refoulai, dit M. D., la peau du

prépuce en arrière ; je donnai à l'ouverture la forme d'une feuille de myrthe placée en travers; la suture fût pratiquée, puis je détachai un lambeau de la partie inférieure du prépuce jusque dans le voisinage de la fistule ; je fis de même à la couronne du gland, et enfin j'enlevai assez de la partie interne du prépuce pour recouvrir les plaies du gland : en ramenant en avant toutes ces parties, elles se trouvèrent exactement en rapport. On appliqua à la sonde l'appareil de M. Saroger pour empêcher le séjour de l'urine; après des accidents inflammatoires très-graves qui survinrent vers le sixième jour et nécessitèrent l'enlèvement des aiguilles, la guérison fut complète ; le pénis avait sa forme naturelle, seulement le prépuce adhérait à la partie inférieure du gland au moyen d'une bandelette de peau un peu plus large que le frein naturel.

On voit que cette méthode peut amener la guérison, mais elle a toujours l'inconvénient que le contact de l'urine sur des parties avivées par l'instrument tranchant détermine une inflammation des plus violentes; l'auteur chercha un procédé où l'on pourrait se passer du bistouri. Ce procédé est le suivant : on touche les bords de la plaie avec de la teinture de cantharide concentrée, il se forme des cloches; alors on enlève l'épiderme, puis avec une aiguille et un fil ciré, on réunit les lèvres de la plaie; on ne met point de soude après l'opération. Cette méthode réussit parfaitement chez un jeune officier russe auquel une balle avait emporté une partie du canal de l'urètre.

(*Zeitschrift fur die gesammte medecin*, vol 2, 1er cahier).

VI. — *Nouvel appareil pour le traitement des fractures du membre inférieur ;* par J. Kammerlacher, *chirurgien de l'empereur d'Autriche.* — Voici les circonstances qui amenèrent l'auteur à imaginer son appareil. Il était alors à Rio-Ja-

neiro et fut appelé à soigner un homme habitant la campagne qui s'était cassé la jambe; il lui fut impossible de faire faire des coussinets, car on ne cultive dans cette partie du Brésil ni foin, ni seigle, ni blé, ni avoine, ni orge; on remplit les paillasses avec des feuilles de maïs, même dans les meilleures maisons. L'auteur, en se rememorant les différents appareils qui avaient été employés, se rappela la gouttière dont parle Hippocrate et qu'Ambroise Paré a en quelque sorte renouvelée; il fit donc fabriquer chez un menuisier de la ville un appareil également applicable aux fractures de la jambe et à celles de la cuisse. Sa construction est la suivante : qu'on se figure une boîte rectangulaire, allongée, ouverte en haut et coudée au tiers de sa longueur, au niveau du jarret. Supposons le membre gauche placé dans cette boîte; le pied repose sur une planchette matelassée qui fait partie de la boîte et à laquelle il est fixé au moyen d'une courroie; la paroi contre laquelle est appuyée la face externe du membre est également matelassée ainsi que l'inférieure, et le membre retenu par quatre courroies qui partent des bords interne et externe de la paroi inférieure. La paroi interne est mobile au moyen de charnières, et peut s'élever et s'abaisser à volonté.

L'auteur a déjà traité au moyen de cet appareil dix-sept malades avec un plein succès; il rapporte plusieurs de ces observations avec détail, et résume ainsi les avantages que sa méthode présente sur les autres méthodes aujourd'hui en usage.

1° Le chirurgien peut à chaque instant s'assurer de l'état dans lequel se trouvent les fragments, et employer toutes les applications locales que les circonstances peuvent nécessiter.

2° Aucun des dix-sept malades traités de cette manière ne s'est plaint de douleurs, soit au talon, soit dans aucune

autre partie du membre malade. Aucun n'eut de ces spasmes nerveux si fréquents chez les individus impressionables.

3° Une trop forte compression ne nécessite pas le renouvellement de tout l'appareil.

4° Dès le premier jour, on applique la petite boîte sans craindre le gonflement consécutif; ce dernier avantage est d'une haute importance, parce que les surfaces osseuses sont à l'instant mises en contact, et que le malade est plein de sécurité en sentant son membre solidement fixé.

5° On peut maintenir le membre dans un état de propreté parfait, et panser toutes les plaies sans déranger aucunement la jambe.

6° La circulation lymphatique n'étant point empêchée par une trop forte compression, le gonflement est presque toujours nul aux endroits qui sont comprimés par les courroies.

7° Dans trois cas de fractures du fémur, il n'y a pas eu le plus léger raccourcissement; et, sans prétendre que l'on puisse toujours espérer un aussi beau résultat, toujours est-il certain qu'il est possible; l'auteur se fonde sur les motifs suivants. La position inclinée met tous les muscles dans le relâchement; on maintient le membre dans un état d'extension continuel, d'abord au moyen des courroies latérales, puis au moyen de celle qui fixe le pied à la planchette et avec laquelle on peut tirer sur l'extrémité du membre; le chirurgien pouvant vérifier à chaque instant l'état dans lequel se trouvent les fragments, il remédie à l'instant même au plus léger déplacement.

8° C'est surtout dans un cas de double fracture de la jambe et de la cuisse que l'appareil en question est préférable à tous les autres, à cause du repos absolu dans lequel se trouvent toutes les parties une fois qu'il a été appliqué.

9° Le lit du malade n'a besoin de subir aucune modification, et le chirurgien ne s'inquiétera plus si son horizon-

talité est parfaite, oui ou non; de plus, il sera facile au malade de se soulever pour aller à la selle sans crainte de déplacer les fragments osseux.

10° Dans des fractures simples de la jambe, il peut se placer sur un sopha ou sur une chaise, en faisant reposer sa jambe sur un tabouret élevé; on le transportera sans crainte d'un lit à l'autre, et, sous ce point de vue, l'appareil devra prendre place parmi ceux de la chirurgie militaire.

Après avoir énuméré les avantages de son invention, l'auteur en signale franchement les inconvénients. Il faut avoir un appareil pour le membre inférieur gauche, un autre pour le droit; cet appareil doit être proportionné à peu près à la grosseur et à la longueur du membre: ceci est important, surtout lorsqu'il s'agit de la cuisse; pour la jambe s'il est trop long, et il est bon qu'il le soit jusqu'à un certain point, alors on remplit le bas avec des compresses. Mais ces inconvénients sont peu de choses en comparaison des avantages de cet appareil. Pour le rendre plus portatif on peut le démonter, et, afin que le même puisse servir pour les deux membres, on n'emporte à double que les deux planchettes latérales, celle du fond pouvant également servir pour les fractures du membre droit et pour celles de l'extrémité gauche.

MARTINS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Septembre 1836.)

Structure des dents. — Lithotritie. — Moyen d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines dans les opérations. — Renversement des objets sur la rétine dans l'acte de la vision. — Dissémination de la vaccine sur plusieurs points du corps à la fois. — Mort de M. de Jussieu. — Infusoires du pus syphilitique. — Caractère différentiel des serpents venimeux et non venimeux. — Éther citrique. — Plâtre coulé dans le traitement des pieds bots. — Effets de l'inoculation de la morphine.

Séance du 5 septembre. — *Structure des dents.* — La correspondance fournit une lettre de M. Retzius de Stockolm, dont les recherches, longues et minutieuses sur la structure des dents, l'ont amené à publier les résultats suivants :

« J'ai trouvé, dit-il, que la substance osseuse consiste principalement en fibres ondulées et en tuyaux cilindriques creux, qui commencent de la cavité de la pulpe, et se rendent en rayonnant à la surface. J'ai trouvé qu'ils se ramifient presque régulièrement en s'amincissant, sans entrer en aucune communication entre eux. Sous le microscope, ils ressemblent à des vaisseaux remplis d'une substance blanche, et on les trouve presque égaux dans les dents de tous les vertébrés. Depuis cette découverte, j'ai reconnu que

Leuwenhoeck a constaté une structure à peu près identique, quoique personne n'ait paru y faire attention.»

M. Purkinje de Breslaw, s'étant occupé en même temps que M. Retzius des mêmes recherches, a trouvé les mêmes choses que l'anatomiste de Stockolm, sans qu'il y ait eu entre eux aucune communication.

M. Retzius appuye ses communications verbales par la présentation à l'Académie de deux préparations de dents humaines, offrant deux sections : l'une verticale, l'autre transversale, faites au milieu de la couronne.

« M. Purkinje et moi, ajoute-t-il, nous avons retrouvé la substance corticale de Tenon, entourant la racine des dents humaines. Nous avons aussi trouvé que cette substance corticale ressemble beaucoup à la surface des os, quoique elle offre beaucoup de différences sous plusieurs rapports. Elle manque de vaisseaux sanguins, de même que des organes de la moelle, des tubes cylindriques, et des canaux rayonnés. Elle possède, de même que les os, les petites cavités avec canaux ondulés. »

Séance du 12. — *Lithotritie.* — M. Bouchon adresse un instrument lithotriteur de son invention, composé 1° d'une canule extérieure; 2° d'une canule-pince à trois branches, d'une forme particulière; 3° d'un perforateur à développement d'un nouveau modèle; 4° d'une manivelle pour mettre ce dernier en mouvement; 5° d'un mandrin à poignée, destiné à écraser par percussion les calculs d'un petit volume. (Renvoyé à l'examen de MM. Larrey et Roux.)

Moyen d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines pendant certaines opérations chirurgicales. — Le docteur Lafargue, pour obvier aux accidents que peut amener l'introduction de l'air dans les veines, accidents que l'on a vus même quelquefois suivis de mort, propose à l'Académie un moyen

de s'opposer à cette introduction de l'air dans les veines pendant l'opération de la saignée de la jugulaire, et pendant l'extirpation de certaines tumeurs, situées au cou, à la partie supérieure et postérieure des épaules, et à la région mammaire. Ce moyen consiste à opérer sous l'eau, en plongeant par exemple le malade dans un bain. Le mélange d'eau avec le sang, qui pourrait survenir dans une inspiration profonde, n'est de nature à produire aucun accident.

Renversement des objets sur la rétine dans l'acte de la vision. — M. Capitaine lit une note sur un moyen facile de constater sur soi-même le renversement de l'image produite dans la rétine. — Bien que ce renversement paraisse à l'auteur une vérité acquise dans la science, il donne le moyen de s'en convaincre par des observations sur soi-même. « Il suffit, dit-il, d'appliquer légèrement l'extrémité d'un de ses doigts, ou mieux le bout arrondi d'un corps cylindrique d'un plus petit diamètre, sur un point quelconque de la sclérotique recouverte, ou non, par les paupières. Aussitôt on voit apparaître une tache précisément dans une direction opposée à la partie de l'œil que l'on comprime. Si l'on fait voyager l'objet comprimant, la tache se déplace en même temps et en sens toujours inverse. Sans aucun doute, cette tache doit sa production à la pression transmise par la sclérotique à la rétine qui la tapisse médiatement en dedans jusqu'au cercle ciliaire. La tache est vue à l'endroit même où serait vu un objet éclairé, dont la lumière tomberait sur la partie de la rétine qui éprouve l'influence de la pression extérieure. »

Dissémination de la vaccine inoculée sur plusieurs points du corps. — M. Bernard lit une note sur la nécessité d'inoculer la vaccine en plusieurs points du corps à la fois. Les observations qu'il a recueillies, dans une épidémie de va-

riole, de sujets chez lesquels l'effet de l'inoculation du virus-vaccin se bornait sur le membre où il avait été appliqué, ou sur une partie du corps seulement, le reste du corps étant apte à recevoir une nouvelle vaccine, l'ont conduit à admettre que la vaccine, pour offrir un préservatif assuré contre la petite vérole, doit non-seulement être pratiquée sur les deux bras, mais disséminée sur divers points du corps, de manière à obtenir huit ou dix pustules.

Séance du 19. — *Mort de M. de Jussieu.* — Le président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses plus honorables membres, M. de Jussieu, décédé à Paris le 15 septembre 1836, âgé de 88 ans.

Infusoires du pus syphilitique. — M. Donné adresse la lettre suivante, contenant la suite de ses recherches sur la matière des sécrétions et des divers écoulements que produisent les organes génitaux chez l'homme et chez la femme, soit dans l'état normal, soit dans l'état morbide.

« Le pus sécrété autour du gland, affecté d'ulcérations ou de simple balanite, est le seul qui m'a présenté au microscope des animalcules vivants, qui ne sont autres que le *vibrio lineola* de Müller. Le pus sécrété sur tout autre point du corps ne m'a rien offert de semblable jusqu'à présent. Du pus pris sur un des chancres mentionnés, et qui contenait des vibrions, ayant été inoculé, produisit une pustule. Le liquide qui en fut retiré, examiné au microscope, présenta une grande quantité des mêmes vibrions.

Il n'existe pas non plus de ces animalcules chez la femme dans le mucus vaginal à l'état normal; mais dans la vaginite, la matière de l'écoulement présente non-seulement des vibrions, mais un animalcule particulier d'une grosseur notable, et d'une forme que l'on ne remarque chez

aucune autre espèce d'infusoires connue. Son corps est rond, mais il s'allonge et prend diverses formes. Il est muni à sa partie antérieure d'une espèce de trompe excessivement ténue qu'il agite en tous sens avec rapidité, il porte en outre, sur l'un des côtés au-dessous de cette trompe, plusieurs cils également très-fins et doués d'un certain mouvement de rotation. La partie postérieure du corps se termine par quelques appendices de forme indéterminée. Ces animalcules paraissent marcher à la manière des sangsues et se fixer comme elles, par le moyen d'une espèce de ventouse; mais ils se déplacent rarement, et souvent ils sont réunis par groupes, en se tenant ensemble par leur partie postérieure.»

Après ces détails circonstanciés, M. Donné se demande à lui-même, si l'existence de ces animalcules est liée à la nature de la maladie et à la spécialité de l'écoulement? Cette question, impossible à résoudre dans l'état actuel de la science, ne pourra être décidée que par des observations nombreuses et des recherches ultérieures.

Caractère différentiel des serpents venimeux et non-venimeux. — M. E. Rousseau, chef des travaux anatomiques du Muséum d'histoire naturelle, assigne aux serpents un signe extérieur, au moyen duquel les vipères peuvent être facilement distinguées des serpents non venimeux : ce caractère c'est que l'œil de la vipère éminemment venimeuse a son iris d'un rouge plus ou moins doré, contractile à une lumière plus ou moins intense, et qui agit comme un rideau que l'on met en action : si l'on présente cet animal aux rayons du soleil, on voit sa pupille, qui est noire et ronde dans l'obscurité, devenir linéaire et verticale comme celle des chats, tandis que l'ouverture des serpents non-venimeux, comme par exemple celle des couleuvres, est beaucoup moins contractile et laisse voir une prunelle ronde. M. Rousseau est

le premier qui ait fait observer ce caractère différentiel.

Éther citrique. — Le résultat auquel M. Malaguti est arrivé par l'analyse de l'éther mucique (dont nous avons donné les détails et la formule dans le dernier cahier) lui a fait penser que l'analyse des éthers du troisième genre, à acides fixes, pourrait servir à constater la formule réelle de l'acide dont ils sont composés, formule qui leur a été assignée généralement par suite de leurs combinaisons avec les oxydes métalliques. L'auteur conclut, d'expériences rapportées dans son travail, que la formule, admise depuis long-temps pour l'acide citrique, doit être conservée et représentée par $C^8 H^4 O^4$, en rejetant celle qui a été plus récemment donnée.

Le même présente une note additionnelle à un précédent mémoire sur l'acide mucique.

Plâtre coulé dans le traitement des pieds bots. — M. J. Guérin adresse une lettre sur l'emploi du plâtre coulé dans le traitement des pieds bots. Aux faits qu'il a déjà communiqués à l'Académie sur ce moyen thérapeutique, il ajoute l'observation d'un jeune homme de douze ans, ayant un pied varus équin très-prononcé, et qui a été ramené et maintenu dans sa position normale par cinq applications de plâtre coulé, renouvelées à huit jours de distance; jusqu'ici, M. J. Guérin n'avait employé ce moyen que sur des enfants très-jeunes.

Séance du 26. — *Effets de l'inoculation de la morphine.* — M. le docteur Lafargue communique quelques observations sur l'inoculation de la morphine et de ses sels, sous l'épiderme; immédiatement après l'inoculation, se montre une petite papule qui s'accroît progressivement, accompagnée de chaleur, d'une auréole rouge et de prurit; pendant la première heure, cette papule atteint son apogée de déve-

loppement, diminue progressivement et disparaît totalement entre douze et vingt-quatre heures.

Outre ces symptômes locaux, l'inoculation de la morphine exerce une influence générale sur l'économie. L'auteur, à ce sujet, cite une observation faite sur lui-même pour laisser parler les faits. Il s'est pratiqué treize piqûres à l'avant-bras. Après une heure et demie, il fut saisi d'une pesanteur de tête bien caractérisée, de bâillements fréquents, de propension invincible au sommeil; sa langue devint pâteuse. Cependant, dit-il, j'avais seulement employé tout au plus un quart de grains d'hydrochlorate de morphine. Que serait-il donc arrivé s'il avait doublé ou quadruplé la substance inoculée?

Des phénomènes analogues se reproduisent par l'inoculation de l'opium brut, de ses préparations ou de ses principes immédiats. (Renvoyé à MM. Serres et Magendie.)

M. J. Dujardin fait connaître le résultat de ses observations microscopiques sur la structure des dents, infirmant une partie de ce qui a été communiqué dans la séance du 5, au nom de M. Retzius de Stockolm, sur le même sujet.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Septembre 1836.)

Coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur. — Instrument de lithotritie de M. Beniqué. — Hernies. — Scie à molettes du docteur Martin. — Déviation de l'épine. — Métrorrhée séreuse pendant la grossesse. — Luxation de la mâchoire

inférieure. — Orchite. — Fistules vésico-vaginales transverses. — Polype du larynx.

Séance du 6 septembre. — *Coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie du ventricule gauche.* — M. Bouillaud fait un rapport sur un mémoire de M. Vassal, dans lequel l'auteur établit : 1° que l'hypertrophie du ventricule gauche est le résultat des contractions réitérées et anormales de ses parois, et que cette altération a deux périodes caractérisées par des phénomènes distincts; 2° que l'hypertrophie du ventricule gauche peut déterminer des hémorrhagies cérébrales chez les sujets affaiblis, qu'elle provoque souvent l'apoplexie chez les orateurs et les auteurs, et qu'elle est sans influence sur les individus jeunes et robustes; 3° que la saignée, loin de diminuer la force et la fréquence des contractions du cœur, est plus nuisible qu'utile; 4° que chaque période de l'hypertrophie admet un traitement différent; 5° que l'hypertrophie du ventricule gauche, coïncidant avec l'apoplexie, ne suppose pas toujours une relation de cause à effet.

Le rapporteur doute d'abord de la réalité de la maladie qui fait le sujet de l'observation unique de laquelle M. Vassal a tiré les quatre conclusions précédentes; il pense, du moins, qu'avec l'hypertrophie dont le malade était atteint il y avait aussi une lésion grave de la membrane interne du cœur ou des valvules, lésion bien plus redoutable que la précédente.

M. Bouillaud ne partage point en totalité les opinions de M. Vassal. Il regarde l'hypertrophie comme ayant une influence bien plus grande sur la production des hémorrhagies cérébrales que ne semble le dire l'auteur, en regardant seulement la chose comme possible, et encore avec certaines restrictions. Il admet de plus une autre cause

productrice des hémorrhagies cérébrales, l'état crétacé des vaisseaux, qui, réuni à une impulsion plus forte du ventricule, les rend plus disposés à se rompre.

Après une courte discussion, le rapport mis aux voix est adopté.

Lithotritie. Instrument de M. Beniqué. — M. Beniqué donne communication à l'Académie d'un mémoire sur la lithotritie et d'un instrument de son invention; l'auteur examine les divers phénomènes physiques qui se passent dans la destruction du calcul par la percussion; ce procédé, d'après lui, est très-préférable à la pression, parce qu'il expose beaucoup moins l'instrument à se fausser ou à se rompre, à cause des vibrations qu'il communique à la pierre saisie entre les mors de l'instrument. Les vibrations moléculaires disposant ces mêmes molécules à se dissocier, il en conclut que le coup doit être donné de manière à en favoriser le développement. A cet effet, il propose l'emploi d'un très-petit marteau, muni d'un manche en bois ou en baleine, attendu que le manche en métal servant de conducteur aux vibrations, celles-ci ne pourront se concentrer sur le corps frappé. Les vibrations d'un corps percuté, étant en raison directe de la rapidité avec laquelle les coups se succèdent, M. Beniqué a imaginé d'adopter au percuteur un ressort et une manivelle pour faire agir le marteau. Dans cette vue, il présente un appareil qui satisfait, selon lui, à ces conditions.

Nous n'en donnerons point la description détaillée à cause de sa complication, la vue de l'instrument devenant nécessaire pour en comprendre le mécanisme; nous dirons seulement que, pour obvier au reproche grave fait à la lithotritie, le danger de voir fausser les instruments, M. Beniqué mesure la force des coups de marteau au moyen d'un dynamomètre qu'il y adapte.

Ce procédé lui paraît offrir le mode le plus sûr, le moins long et le plus avantageux, et contribue, suivant l'auteur, à diviser le calcul en un grand nombre de fragments, projetés avec peu de force par la légèreté du marteau qu'il emploie.

Séance du 13 et du 20. — *Hernies.* — M. Thomson donne communication à l'Académie du résultat de ses travaux et de ses recherches sur l'anatomie du bas-ventre, sous le point de vue du traitement des hernies.

Une partie des résultats auxquels ses longs travaux l'ont conduit, consiste en ce que: 1° toute hernie inguinale interne, contenue dans le canal inguinal, a six lames pour enveloppes tégumentaires, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la lame commune du fascia superficiel, la portion abdominale de la lame profonde du fascia superficiel de la cuisse, le dartos et la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen; 2° toute hernie inguinale interne ou externe et scrotale a pour enveloppes tégumentaires cinq lames; savoir : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la lame commune du fascia superficiel, le dartos et la lame profonde du fascia superficiel du ventre; 3° toute hernie ombilicale a pour enveloppes tégumentaires quatre lames : la peau, le tissu cellulaire graisseux sous-cutané, la lame commune du fascia superficiel, la lame profonde du fascia superficiel du ventre; 4° toute hernie crurale a pour enveloppes tégumentaires six couches; savoir : la peau, le tissu cellulaire graisseux sous-cutané, le fascia superficiel de la cuisse, les ganglions lymphatiques superficiels de l'aine, le dartos et la portion fémorale de la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

M. Thomson achève ce travail par quelques propositions générales sur l'anatomie de cette région.

Scie à molettes du docteur Martin. — Les grandes difficultés que présente souvent l'emploi des scies ordinaires, droites ou courbes, dans certaines régions du corps où ses inégalités et le manque d'espace empêchent le jeu de ces scies, a fait imaginer à M. Martin un nouveau genre dont le chirurgien pût adapter l'action à son gré, là où l'action des autres devenait impossible; la scie à molettes, dont il a présenté le modèle à l'Académie, atteint dans le plus grand nombre des cas le but qu'il s'est proposé. Les avantages qu'en ont obtenus plusieurs chirurgiens qui déjà l'ont mise en usage, dans des opérations délicates et dangereuses, est un titre à la recommandation de son emploi.

Déviation de l'épine. — M. Bouvier présente la colonne vertébrale d'un jeune enfant, mort avec une déviation de l'épine à gauche, et examine quelle est la meilleure méthode de redressement entre la position verticale et horizontale. Il attache un poids équivalent à celui de la tête à l'extrémité de la région cervicale, et fait voir que cette charge suffit pour augmenter la courbure, d'où il conclut que la position verticale est la plus défavorable; la colonne, en effet, déchargée du poids qui y est adapté, se redresse d'elle-même. M. Bouvier conclut de cette expérience que l'appareil à inclinaison, dont il a été question dans ces derniers temps, est un des plus défectueux.

Métrorrhée séreuse. — M. Moreau fait un rapport sur un travail de M. Chassinat, relatif à la métrorrhée séreuse qui survient pendant la grossesse; dans l'immense majorité des cas, le liquide provient d'une exhalation qui a lieu entre la surface interne de l'utérus et les enveloppes du fœtus, par le décollement de ces mêmes enveloppes. Les causes qui semblent favoriser cet écoulement morbide sont un état pléthorique général ou une irritation de l'utérus, occasionnée par quelque cause extérieure; et le symptôme

caractéristique de cette affection se décèle par la sortie de la vulve d'un liquide limpide et citrin.

Malgré cet écoulement qui ne reconnaît aucune lésion anatomique, et qui n'offre de danger ni à la mère ni à l'enfant, la grossesse arrive à son terme normal.

Quant au traitement de cette affection, qui ne dérange en rien le travail de la parturition, le plus souvent, il n'y a rien à faire. S'opposer à une pléthore trop considérable par les évacutions sanguines est la seule indication à remplir.

Luxation de la mâchoire inférieure. — M. Camille Bernard lit un mémoire sur un nouveau procédé pour la réduction de la luxation de la mâchoire inférieure, qu'il a mis en pratique sur un malade chez lequel tous les procédés avaient échoué.

Le malade étant assis à terre, sa tête est assujettie et maintenue contre les jambes d'un aide. Placé en face du malade, le chirurgien met le genou gauche sous le menton, le pied reposant sur un tabouret, tandis qu'avec ses pouces, il presse en bas et un peu en arrière, en appuyant fortement sur les deux molaires inférieures et sur les apophyses coronoïdes. L'auteur pense qu'aucune luxation d'un seul ou des deux condyles ne peut résister à la force considérable que la position du chirurgien lui permet d'employer, en agissant par tout le poids de la partie supérieure de son corps. Ce procédé, d'après M. Bernard, est fondé sur la connaissance du vrai mécanisme de la réduction de cette luxation.

M. Moreau, en son nom et celui de M. P. Dubois, fait un rapport très-favorable sur un mémoire de M. le docteur Villeneuve, chirurgien en chef de l'hôpital de la Maternité, et professeur d'accouchement à Marseille, sur la transformation des positions occipito-antérieures de l'une à l'autre, en réponse à l'opinion de M. Capuron.

Séance du 27. — *Orchite.* — M. Rochoux donne lecture d'un travail sur l'orchite blennorrhagique. Il pense que cette affection consiste, non dans le gonflement du testicule, comme on le professe généralement, mais dans un épanchement séro-purulent, formé dans l'intérieur de la tunique vaginale par suite de l'inflammation de cette membrane.

M. Rochoux appuie cette assertion par l'inspection cadavérique, et refuse d'attribuer le volume triple ou quadruple, qu'acquiert selon lui le plus souvent la tumeur, au seul gonflement du testicule.

M. Velpeau ne partage point l'opinion de M. Rochoux, d'après les observations d'un nombre considérable de cas de cette maladie, dans lesquels le testicule occupait le tiers ou la moitié du volume de la tumeur; ce volume est rarement dû au liquide, mais à l'épididyme qui prend une grande part à son développement.

MM. Amussat et Blandin appuient l'opinion de M. Velpeau; M. Blandin croit de plus que l'inflammation du canal déférent s'unit à celle de l'épididyme.

M. Bouvier présente à l'Académie le cervelet d'un jeune homme de 15 ans, dont l'hémisphère gauche renferme un abcès. Le pus se faisait jour à travers les membranes, gagnait la portion supérieure du rocher, et s'écoulait au dehors par l'oreille.

Fistules vésico-vaginales transverses. — M. Maingault fait un rapport sur un mémoire de MM. Espezel, de Montpellier, et Gogheso, de Pise, sur le traitement des fistules vésico-vaginales transverses par l'avivement et la réunion de leurs bords, à l'aide de la suture enchevillée. Ce mode de traitement, qui ne diffère pas de celui employé pour la réunion du bec de lièvre, présente peu de difficultés dans l'avivement des bords par l'emploi d'un instrument de leur inven-

tion (le mémoire est renvoyé au comité de publication).

M. Girardin jeune (de Nancy) lit une observation de polype, situé au-dessous de la glotte, dans le sinus droit du larynx. Ce polype, ayant la grosseur d'une aveline, a présenté pendant la vie tous les phénomènes d'un asthme convulsif, lesquels disparaissaient sous l'influence des saignées qui ont été pratiquées, mais revenaient peu de temps après.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Chlorure de soude. — Hémorrhagies cérébrales. — Prolapsus de la matrice.

M. Chailly rappelle à la Société qu'il l'a déjà entretenue du chlorure de soude, administré comme emménagogue à la dose de trente grains pour une pinte de véhicule. Il a eu occasion de revoir tout récemment une des jeunes personnes auxquelles il avait prescrit ce médicament pour une aménorrhée. Elle est bien réglée et bien portante. Il cite un second cas analogue où il a obtenu le même résultat.

M. Maingault entretient la Société d'un mémoire de M. Rochoux sur les hémorrhagies cérébrales. Dans ce mémoire, l'auteur a nié l'influence du ventricule gauche du cœur sur la production des hémorrhagies cérébrales. M. Maingault ne partage pas cette opinion que repoussent un grand nombre de faits. Il a vu, il y a peu de jours, une petite fille chez laquelle des congestions cérébrales fréquentes et internes sont évidemment liées à une hypertrophie du ventricule gauche. La saignée, qui a fait disparaître une sensibilité excessive de la rétine et le trouble des idées, a

prévenu l'hémorrhagie cérébrale. Chez une autre jeune personne dont le cœur est très-volumineux et qui se trouvait sous une menace évidente d'apoplexie, M. Maingault a vu ce danger s'évanouir, grâce à une abondante épistaxis. Il serait porté à croire que l'épilepsie, qui se termine souvent par une apoplexie, est elle-même fréquemment liée à une action trop énergique du cœur. Du moins, est-il toujours parvenu à diminuer la fréquence et la violence des attaques par des saignées répétées, lorsque l'épilepsie ne dépendait pas d'une altération pathologique existant dans l'encéphale.

M. Prus s'élève contre cette assertion de M. Maingault, que l'hémorrhagie cérébrale serait fréquente chez les épileptiques; l'expérience a prouvé le contraire. Il résulte en effet, d'un relevé fait à Bicêtre par M. Lélut, que l'apoplexie se manifeste très-rarement chez les épileptiques. Revenant au mémoire de M. Rochoux, M. Prus établit que l'hémorrhagie cérébrale est fréquemment sous la dépendance des hypertrophies du ventricule gauche du cœur, que cette hémorrhagie est annoncée par des symptômes précurseurs plus souvent que ne le dit M. Rochoux. Si celui-ci n'en a pas tenu un compte suffisant, c'est que ses observations ont été recueillies, pour la plupart, dans les hôpitaux où il est très-difficile d'avoir des renseignements exacts sur les antécédents.

M. Delens ne croit pas que M. Rochoux ait commis l'erreur que l'on signale. D'après la théorie de cet auteur, l'apoplexie est précédée, pendant plus ou moins long-temps, d'une affection cérébrale, d'un ramollissement du cerveau, qui se manifeste par des symptômes qui peuvent être considérés comme précurseurs de l'apoplexie.

M. Prus répond que M. Rochoux déclare expressément que le ramollissement particulier, qu'il désigne sous le nom

d'*hémorrhagipare*, ne se traduit à l'extérieur par aucun symptôme. Il reconnaît qu'il est très-ordinaire de voir une apoplexie apparaître tout-à-coup, chez des personnes qui, quelques heures, quelques moments auparavant, se félicitaient de leur bonne santé. Abordant la question du ramollissement apoplectipare, M. Prus dit, qu'ayant très-souvent cherché à le constater sur des cerveaux apoplectiques, soit en présence, soit en l'absence de M. Rochoux; il n'a que bien rarement conservé des doutes sur la non-existence du ramollissement pulpeux, jaunâtre, qui précéderait l'hémorrhagie. Presque toujours, et même dans le cas d'apoplexies promptement mortelles, il a vu les parois du foyer présenter, sous un filet d'eau, un tissu mollasse, lamelleux, flottant, et derrière ce tissu la substance cérébrable, soit jaunâtre et piquetée d'un grand nombre de points rouges ou noirâtres de la grosseur d'une petite tête d'épingle, ou simplement jaunâtre; mais il n'hésite pas à considérer le ramollissement cité, comme dû à la déchirure des vaisseaux et du tissu cérébral, à l'inflammation de ce tissu; quant à la couleur jaunâtre de la substance cérébrale ambiante, il la rapporte à l'imbibition du sang.

M. Delens a examiné plusieurs foyers chez des apoplectiques qui ont présenté des ramollissements, qu'on ne pouvait pas regarder comme produits depuis peu d'heures ou peu de jours; il n'affirme pas que ces ramollissements précèdent l'apoplexie dans tous les cas, mais il croit qu'il doit en être ainsi très-fréquemment. Il lui semble difficile de concevoir comment l'impulsion du cœur peut rompre le tissu cérébral, à son état normal, lorsque les vaisseaux sont appuyés et maintenus, de toutes parts, par la substance même de l'organe et par ses enveloppes membraneuses et osseuses. La possibilité de l'hémorrhagie et de la formation d'une collection sanguine dans la substance cérébrale se conçoit,

au contraire, très-facilement, si on admet l'altération préalable des vaisseaux et le ramollissement du cerveau.

M Prus ne nie pas absolument qu'il y ait eu une prédisposition particulière, un changement *inconnu* de texture dans le point du cerveau, devenu le siége de l'apoplexie, changement sans lequel le coup de piston, donné par le cœur, n'aurait pas suffi seul pour produire l'épanchement sanguin. Mais il répète qu'il se croit autorisé à conclure, de recherches nombreuses faites sur ce sujet à Bicêtre, de concert avec M. Rochoux et les élèves de l'hospice, que, si un ramollissement particulier, ne s'annonçant à l'extérieur par aucun symptôme, précède l'hémorrhagie cérébrale, les choses ne se passent ainsi que bien rarement.

M. Prus ajoute que, si on s'étonnait que des mêmes faits, observés en même temps, M. Rochoux et lui aient tiré des conséquences aussi différentes, l'explication serait fort simple. M. Rochoux voyait son ramollissement dans des foyers où il était impossible à M. Prus et à un certain nombre d'élèves de l'apercevoir. La bonne foi était égale de part et d'autre; la Société décidera dans sa sagesse de quel côté était la prévention.

En résumé, M. Prus regarde, comme une exception très-peu fréquente, ce que M. Rochoux donne comme la règle ordinaire et presque nécessaire.

M. Sabatier admet l'influence de l'impulsion du cœur dans la détermination de l'apoplexie cérébrale; mais il ne faut pas méconnaître non plus le rôle que joue alors le système veineux. Si le sang veineux éprouve quelqu'obstacle à son retour dans le ventricule droit, l'impulsion du ventricule gauche sera bien plus puissante pour produire l'apoplexie. M. Sabatier a remarqué que, lorsqu'il existe des ossifications dans les vaisseaux cérébraux, c'est près des points ossifiés que s'opèrent les ruptures.

M. Delens ramène l'attention de la Société sur l'enfant dont a parlé M. Maingault, au commencement de la discussion. Cet enfant a présenté, entre autres symptômes cérébraux, une sensibilité excessive de la rétine. M. Maingault croit l'avoir préservé d'une apoplexie par une forte saignée. M. Delens n'est pas convaincu qu'il existât une congestion sanguine; il pense qu'il s'agissait plutôt d'une forte excitation nerveuse. Ces excitations nerveuses, qui sont communes chez les enfants, cèdent à d'autres moyens que la saignée et notamment au sulfate de quinine à haute dose. M. Delens l'emploie avec un succès constant dans les convulsions et même dans les fièvres cérébrales à leur début. Une petite fille, âgée de 6 ans, avait été prise de convulsions et d'assoupissement, qui persistèrent malgré la saignée. M. Delens, profitant d'une rémission survenue dans les accidents, lui fit prendre, dans la soirée et la nuit qui suivirent, 15 grains de sulfate de quinine. Les accidents ne reparurent pas, tandis qu'un autre enfant, qui, à la même époque, se trouvait dans le même cas et qui avait été traité par les saignées seulement, avait succombé, bien que les symptômes eussent paru s'amender après les évacuations sanguines. M. Delens affirme ne pas avoir perdu d'enfants atteints d'affections cérébrales, depuis plusieurs années qu'il les traite par le sulfate de quinine, administré dès le début de la maladie et pendant les intermittences et les rémittences, quelque peu marquées qu'elles soient.

M. Audouard signale, comme caractère des affections cérébrales, le retour périodique des accidents pendant le jour.

M. Jolly ne partage pas cette manière de voir; ayant rapproché un très-grand nombre d'affections périodiques, il a constaté que, le plus ordinairement, les douleurs du système cérébro-spinal ont des retours le soir et pendant la nuit,

tandis que les accès des fièvres intermittentes se montrent surtout le matin.

M. Tanchou soumet à la Société le résultat de recherches, auxquelles il s'est livré, et qui établissent que les ligaments larges et les ligaments ronds ne sont pour rien dans la production des prolapsus de la matrice, que c'est à tort que l'on attribue ces prolapsus à leur seul relâchement. M. Tanchou a vu récemment, sur le cadavre d'une fille de 15 ans, les ligaments larges aussi relâchés que chez une femme qui est devenue mère. Cette fille n'avait pas cependant le moindre commencement de prolapsus.

Si l'on coupe ces ligaments et même les ligaments ronds, on éprouve autant de difficulté à abaisser l'utérus que lorsque ces ligaments sont intacts. Nouvelle preuve du peu de part qu'ils prennent soit pour maintenir l'utérus en place, soit dans les chutes de cet organe.

Mais, si on décolle le vagin en laissant les ligaments intacts, on produit le prolapsus qui devient plus complet, il est vrai, lorsque les ligaments larges et ronds sont coupés. C'est dont particulièrement le tissu cellulaire, qui unit le vagin aux parties environnantes, qui sert en même temps à maintenir l'utérus. Les replis du péritoine, qu'on a nommés ligaments larges, ne jouent presqu'aucun rôle pour maintenir l'organe dans ses rapports naturels. Ils sont particulièrement destinés, lors de la grossesse, à prévenir par leur développement graduel la trop forte distension du péritoine par le fait de l'augmentation de volume de l'utérus. Ce sont de véritables duplicatures d'attente. Quant aux ligaments ronds, ils peuvent jouer un rôle dans les derniers temps de la grossesse pour soutenir la matrice et l'empêcher de trop basculer en arrière. Mais, dans l'état de vacuité de cet organe, leur rôle est presque nul.

Les prolapsus du rectum et de la vessie peuvent dépen-

dre également du décollement du tissu cellulaire qui unit ces organes aux parties voisines ; ainsi, il n'est pas rare de voir, après une déchirure du périnée, le rectum faire hernie dans le vagin. Cette hernie est fort incommode, on la reconnaît en introduisant un doigt dans le rectum.

Dernièrement, ajoute M. Tanchou, une femme affectée d'un cancer utérin et accusant une incontinence d'urine et une gêne particulière dans le vagin, s'offrit à mon observation. Je la touchai debout et ne trouvai rien d'abord ; mais la femme étant accroupie, je rencontrai une tumeur pyriforme, fluctuante, formée par la vessie. Chez cette femme, l'utérus malade, ayant acquis un volume considérable, comprimait la vessie, et cet organe, ne pouvant plus se distendre en haut, se développait en bas et en arrière, de manière à faire peu à peu hernie dans le vagin.

Les prolapsus en général étant le résultat du relâchement du tissu cellulaire, les moyens thérapeutiques doivent consister dans tout ce qui peut tendre à raffermir ce tissu, à recoller en quelque sorte les mailles les unes aux autres ; la compression par des pessaires appropriés, les astringents, certaines opérations chirurgicales, enfin, dans quelques cas, l'état de grossesse peuvent avoir de bons résultats.

M. Téallier attribue aux ligaments larges et ronds un rôle plus important, comme moyen de sustentation de la matrice, que celui qui leur est accordé par M. Tanchou. Si les prolapsus de la matrice, dit-il, dépendaient seulement du relâchement du tissu cellulaire, ils auraient lieu surtout dans les cas de cysto et de rectocèle, et c'est ce qu'on n'observe pas. M. Téallier a donné des soins à une femme accouchée deux fois naturellement, et chez laquelle, après ces deux accouchements, il se manifesta une petite tumeur située d'abord derrière le méat urinaire, et qui prit peu à peu un plus grand développement. Cette tumeur

était formée par la vessie repoussant derrière elle la paroi antérieure du vagin. Chez cette femme, il n'existait pas de prolapsus de la matrice. Au reste, la direction et le siége des douleurs qu'éprouvent les femmes, lorsqu'on tire sur la matrice, prouvent, d'après M. Téallier, l'influence des ligaments pour soutenir cet organe. Les symptômes observés dans les maladies de ces mêmes ligaments ajoutent encore un nouveau poids à cette opinion. Quant aux pessaires, les avantages qu'ils procurent tiennent moins à la compression, qu'ils exercent sur les tissus cellulaires des parties voisines, qu'à ce que le vagin se resserrant au-dessous d'eux, ils soutiennent soit la matrice, soit le rectum ou la vessie, qui tendent à se porter dans la cavité du vagin.

M. Tanchou répond qu'il ne refuse pas absolument aux ligaments larges et ronds une part dans le rôle qu'on leur attribue. Ils ont bien quelqu'action pour maintenir la matrice, mais ils sont loin d'être, comme on l'a cru généralement, les seuls moyens, à l'aide desquels la matrice est, à l'état normal, maintenue dans ses rapports naturels. Le tissu cellullaire du vagin contribue beaucoup plus que ces replis du péritoine à produire ce résultat.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Cathétérisme forcé, lettre chirurgicale à M. Mayor (de Lausanne), docteur en chirurgie, par A. Vidal (de Cassis), agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central.

Lorsque des hommes instruits, qui occupent un rang distingué parmi les savants, professent des opinions différentes sur quelque

point de la science, un vif intérêt s'attache à leur polémique; on veut s'éclairer à leur controverse, et l'on pense que la plus vive lumière va jaillir de leurs débats.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi; on s'aigrit dans la discussion; les petites passions, l'amour-propre, la vanité blessée, la mauvaise foi même, se mettent de la partie; les questions débattues restent toujours obscures, et au lieu de la vérité que l'on cherchait, on a le triste spectacle d'une lutte sans dignité, où des savants manquent à ce qu'ils doivent au public et à eux-mêmes.

C'est ce qui nous arrive aujourd'hui.

M. Mayor est un chirurgien ingénieux et habile qui a rendu à la science de grands services, que sauront surtout apprécier les médecins de campagne: tout le monde a entendu parler de ces gros cathéters d'étain qu'il a proposé de substituer aux anciens procédés dans le traitement des rétrécissements de l'urètre; mais M. Mayor a mis de l'exagération dans ses principes; il l'a, au reste, ingénument avoué dans une lettre dernièrement insérée dans la *Gazette médicale*: « On sait assez, dit-il, que tout auteur ou inventeur » n'est déjà que trop disposé à abonder dans son sens, à demander » le plus pour avoir le moins, et que la prudence veut qu'on le » suive plutôt que de le devancer.» Quelques essais du procédé de M. Mayor n'ont pas été couronnés de succès; de là des attaques assez vives; M. Mayor a répondu *qu'on s'était plu à gâter par une étrange exagération un procédé qu'il avait poussé lui-même suffisamment loin*; un peu trop loin, peut-être. Sa réponse contenait des choses un peu dures pour M. Vidal, qu'il appelle *dynamophobe, opérateur aux mains gantées*; *inventeur de l'homœopathie instrumentale*. La lettre de M. Vidal révèle un amour-propre blessé, et ses expressions, pour être plus attiques, n'en sont pas moins mordantes ni moins envenimées; « vous venez à moi, dit-il à M. Mayor, » tant mieux, je constate ce progrès.» C'est de la jactance; M. Vidal n'est pas sur un piédestal tellement élevé que M. Mayor ait eu besoin de se grandir pour arriver jusqu'à lui.

Mais en voilà assez sur cette lettre; séduit par le titre, nous avions cru y voir discuter une question scientifique, nous n'y avons trouvé qu'une question d'amour-propre, et la *Revue* n'a pas à s'en occuper.

A. Rozier.

Essai sur l'histoire naturelle du département de la Meuse, par C. Doisy, ancien conservateur du cabinet d'histoire naturelle de Verdun, etc. Première partie : Flore. (Verdun, 1335, deux vol. in-18.)

Les flores locales sont susceptibles de deux avantages. Écrites la plupart en langue vulgaire, et sans grand appareil de termes scientifiques, elles sont à la portée de tous et tendent par conséquent à répandre le goût d'une science aux charmes de laquelle personne ne devrait rester complètement étranger. Resserrées dans l'étude d'un nombre de plantes assez limité, elles peuvent en fournir le catalogue presque complet, en donner la description exacte, et préparer ainsi, pour la composition des flores générales, de sûrs matériaux dont, il faut l'avouer, celles-ci n'ont que trop manqué jusqu'à nos jours.

Mais, pour atteindre ce double but, il ne faut pas seulement du savoir et de la patience, il faut encore avoir bien compris l'objet de sa mission : or, nous avons regret à le dire, c'est ce que M. Doisy ne nous semble pas avoir fait. Comme sa Flore n'est que la première partie d'un ouvrage plus étendu sur l'*Histoire naturelle du département de la Meuse*, qu'il doit publier, peut-être n'est-il pas inutile, dans l'intérêt même de l'auteur, de développer sur ce point notre pensée.

Et d'abord, les circonscriptions départementales, c'est-à-dire administratives, étant communément sans rapport avec les limites naturelles, ce n'est point sur elles que doivent être basés de semblables travaux, mais bien mieux sur celles que nous offre la nature dans la délimitation des régions, des bassins, etc. En second lieu, les descriptions, pour être à la fois fidèles et instructives, doivent être faites en présence des objets eux-mêmes, et non copiées dans une autre Flore d'une autre localité, quelque bonne d'ailleurs que celle-ci puisse être. Enfin, pour plaire aux disciples, intéresser les maîtres et témoigner des études de l'auteur, toute Flore locale doit offrir, avec des observations nouvelles, des remarques critiques propres à éclairer la description des plantes, leur synonymie, leur

distinction d'avec les espèces voisines ou litigieuses. C'est dans de tels ouvrages que doivent être exposées avec soin les diverses formes qu'est susceptible d'affecter une même espèce sous l'influence de causes variées ; c'est là surtout qu'il importerait, à l'exemple des Allemands, de mieux préciser qu'on ne l'a fait encore en France, lesquelles de ces formes méritent de s'élever au rang d'*espèces*, lesquelles au contraire doivent rester ou redevenir *races*, *variétés*, *variations*, *monstruosités*, etc. Plus, en effet, le champ de nos études se resserre, plus il nous est prescrit de l'approfondir, plus, d'ailleurs, il devient facile, même pour un esprit ordinaire, et toutefois au grand avantage de la science, de rectifier les erreurs nombreuses où la multiplicité des objets conduit presqu'inévitablement les esprits les plus supérieurs, dans la rédaction des Flores générales. Pour nous, loin de nous récrier, comme M. Doisy, *sur la clarté et sur l'exactitude* des descriptions qu'il a prises pour modèle, ou plutôt qu'il n'a fait presque partout que transcrire, nous nous sommes souvent étonné, dans nos études, qu'une Flore qui, comme celle de Paris (car c'est d'elle qu'il s'agit), a exercé la sagacité de tant d'hommes distingués et donné lieu à un si grand nombre d'ouvrages, fût encore aussi éloignée de la perfection.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, ce n'est point l'espace qui a manqué à M. Doisy pour répondre à nos exigences, car sa Flore, bornée pourtant à la phanérogamie, et de plus peu riche en espèces, contient près de 1200 pages; il est vrai, et c'est encore un reproche à lui faire, que les interlignes et les blancs, ainsi que les noms des plantes qui pour chacune occupent la place de 10 à 12 lignes, en absorbent inutilement plus de la moitié; en sorte, par exemple, que dès le début du livre deux pages et demie sont remplies par une seule plante, le *Callitricha aquatica*.

Telle qu'elle est, néanmoins, cette Flore ne saurait être sans quelqu'intérêt pour les jeunes botanistes *meusiens*, dont elle peut faciliter les études, et même pour les botanistes de profession, à qui elle offre un point de départ que viendront plus tard compléter et rectifier des travaux plus approfondis sans doute, et plus profitables dès lors à la science. Rédigée d'après le système Linnéen, précédée d'une clé de ce système et de quelques principes élémentaires, elle est suivie d'un *Manuel floral*, espèce de catalogue où toutes les

plantes déjà décrites dans l'ouvrage sont reproduites dans l'ordre alphabétique, mais par mois, suivant leur floraison, ainsi que d'une dichotomie des genres, propre à en faciliter la détermination; sans compter plusieurs tables, un petit dictionnaire des termes techniques et une instruction sur la formation des herbiers; instruction où l'auteur a omis d'indiquer le moyen actuellement employé avec tant de succès, pour les préserver des insectes; savoir : les lotions avec une solution alcoolique de sublimé corrosif. Nous ne terminerons pas, enfin, sans ajouter (la nature du journal où nous écrivons nous en fait un devoir), que les usages *médicinaux*, *économiques*, etc., des plantes, sont relatés soigneusement à la suite de chaque espèce : mais ici encore rien de nouveau, rien que M. Doisy, qui sans doute n'est pas médecin, n'ait textuellement emprunté à la *Nouvelle Flore des environs de Paris*, ou à d'autres ouvrages aussi connus.

De Lens.

Recherches sur les annexes du fœtus humain, pour faire suite au Mémoire sur la membrane caduque ; par M. Lesauvage, professeur à l'École secondaire de médecine de Caen.

M. Lesauvage a beaucoup étudié l'embryologie; il a émis sur ce sujet des idées ingénieuses et originales, mais qui sont en opposition formelle avec celles généralement adoptées dans les ouvrages classiques. Bien que nous n'ayons pas à nous occuper ici du Mémoire de M. Lesauvage publié en 1833 sur la membrane caduque (1), non plus que des idées de M. Velpeau, que tout le monde connaît, nous pensons qu'une récapitulation succincte donnera une idée plus complète de la manière dont M. Lesauvage envisage les annexes du fœtus humain.

Une opinion assez généralement admise, et à laquelle M. Velpeau a prêté l'appui de son autorité, est que, dès les premiers jours de la conception, la membrane caduque tapisse toute la cavité de l'utérus, et quelquefois même introduit dans les trompes des pro-

(1) Recherches sur le développement, l'organisation et les fonctions de la membrane caduque. (*Arch. gén. de méd.*, t. ii, mai 1833.

longements qui forment des espèces de cornes. L'ovule, en débouchant par l'extrémité utérine de la trompe, repousse devant lui la membrane caduque, s'enfonce dans le cul-de-sac qu'il se forme ainsi, de façon qu'il se trouve enveloppé par la membrane caduque de la même manière que les viscères le sont par les membranes séreuses. Enfin, de la partie de l'ovule non enveloppée, partent les filaments vasculaires *qui vont, sans l'interposition de la caduque,* se greffer à l'utérus pour former le placenta. D'après cette théorie, M. Velpeau explique très-bien pourquoi dans les œufs abortifs il n'a jamais rencontré qu'un seul de ces prolongements tubaires ou cornes dont nous avons parlé; car l'ovule, en descendant dans l'utérus, repousse devant lui la corne qui bouchait son passage.

C'est cette théorie que M. Lesauvage combattit dans le mémoire que nous avons cité; il chercha à démontrer que la caduque ne se comportait pas à la manière des séreuses; qu'elle était perforée aux points correspondants aux trompes et au col; que dans les cas ou l'on voyait ces cornes ou prolongements tubaires, ce n'était pas, ainsi que le disait M. Velpeau, la trompe actuellement vide qui avait été parcourue par l'ovule : passant de ces idées à des considérations d'un autre ordre, il prétendit que les pertes utérines ne provenaient pas toujours d'un décollement du placenta, comme on l'a cru jusqu'à ce jour, mais d'une exhalation sanguine à l'intérieur de la caduque; ainsi que sont produits quelques épanchements sanguins entre les feuillets contigus des fausses membranes de la plèvre; que la menstruation, pendant la grossesse, peut très-bien provenir d'une exhalation sanguine à la surface de la caduque utérine; il expliqua ainsi comment, dans certains avortements, cette membrane n'est expulsée que plusieurs jours après l'ovule; enfin, les trois ouvertures dont elle est percée, établissant une communication libre de l'orifice utérin à l'ovule, l'ont porté à penser qu'une superfétation pouvait avoir lieu par l'effet d'une imprégnation produite à l'utérus à travers l'intérieur de la caduque.

Poursuivant aujourd'hui ses intéressantes recherches, M. Lesauvage examine le chorion, l'amnios, la vésicule ombilicale et l'allantoïde, et ici encore, il se trouve en désaccord avec les opinions généralement reçues. Ses observations sont surtout appuyées sur cette grande vérité physiologique, *qu'aucune membrane n'est libre et*

par conséquent exhalante par ses deux surfaces, que l'une d'elles est toujours unie à un système cellulo-vasculaire, simple ou parenchymateux. Selon M. Lesauvage, l'embryon se développe entre le chorion et l'amnios ; cette membrane, après avoir formé au cordon la seule enveloppe qu'il possède, se réfléchit pour former la poche qui renferme le fœtus et les eaux au milieu desquelles il est plongé. Le chorion placé à l'extérieur ne lui est pas intimement uni, mais simplement juxta-posé. Ces deux membranes se touchent par deux surfaces lisses enduites de mucus et conséquemment exhalantes. L'amnios offrirait donc l'exemple d'une membrane exhalant par ses deux surfaces. Or, comme cela est impossible d'après la loi que nous venons d'énoncer, il faut que l'amnios soit composé de deux feuillets unis entr'eux par un parenchyme. C'est ce que M. Lesauvage a démontré : en déchirant l'amnios obliquement, il a pu diviser inégalement ces deux feuillets et les isoler dans une certaine étendue.

Le chorion ne se prolonge pas sur le cordon, bien que MM. Velpeau et Mondini prétendent l'y avoir disséqué. « S'il s'y prolon-» geait, il devrait en résulter nécessairement que les vaisseaux om-» bilicaux, la vésicule, l'ouraque, seraient en contact avec sa sur-» face externe, et ces organes, arrivés à l'extrémité du cordon, se » trouveraient à nu et sans membrane particulière, ce qui serait un » contre-sens anatomique. » Cependant, en examinant un placenta par sa surface fœtale, après avoir exactement enlevé l'amnios, on s'aperçoit que les premières divisions des vaisseaux placentaires sont comprises entre deux membranes : il en est résulté pour M. Lesauvage que le chorion est aussi composé de deux feuillets unis entr'eux par un parenchyme cellulo-vasculaire. C'est le feuillet interne qui se continue sur le cordon que M. Velpeau aura probablement pris pour le chorion. Le feuillet externe, ou le chorion proprement dit, s'arrête en formant un cul-de-sac au-dessous des premières divisions des vaisseaux placentaires.

C'est une vaste poche membraneuse qui forme le feuillet externe de l'amnios et le feuillet interne du chorion; cette poche est l'allantoïde, elle doit maintenant, dit M. Lesauvage, être comptée au nombre des membranes fœtales. Le liquide qu'elle renferme, bien que se présentant sous des aspects variés, provient de l'appareil urinaire, et l'on aurait tort, ainsi que l'a eu M. Velpeau, de contester cette

origine, parce que ce fluide ne présente pas tous les caractères chimiques de l'urine. Il est facile, en effet, de concevoir qu'il a dû changer de nature après l'oblitération de l'ouraque; et puis, les excrétions du fœtus, provenant d'un sang qui a subi chez la mère une élaboration préalable, ne peuvent pas être identiques à celles de l'adulte.

M. Lesauvage a deux fois examiné la vésicule ombilicale. Il l'a constamment trouvée située entre l'allantoïde et le chorion, et non entre cette membrane et l'amnios, ainsi que le pense M. Velpeau. Il fait ressortir l'impossibilité de l'organisation, que M. Velpeau attribue à cette vésicule de n'être composée que d'un seul feuillet à surfaces séreuse et muqueuse; il lui conteste également la fonction attribuée à cet organe, *de fournir au développement de l'embryon jusqu'à ce que le cordon et les vaisseaux soient formés*; car, au dire même de M. Velpeau, « la tige de la vésicule est oblitérée à la » cinquième semaine, et à cette époque l'intestin avec lequel elle » était en communication est encore contenu dans l'intérieur du » cordon ».

A propos de l'érythroïde, M. Lesauvage dit quelques mots du système qu'il a développé ailleurs sur le mode de formation des monstruosités par inclusion, puis il termine par quelques considérations sur le cordon et le placenta. Il attaque l'opinion de M. Velpeau, qui pense que le tissu spongieux ou gélatiniforme du cordon tire son origine du corps reticulé, qui, selon cet auteur, serait dans l'homme l'analogue de l'allantoïde. Selon M. Lesauvage, la texture particulière du cordon et sa consistance résultent d'une simple modification dans l'exhalation de son tissu cellulaire.

« Le placenta est essentiellement composé des expansions des » vaisseaux du cordon, et d'un pseudo-parenchyme organisé par le » fait même de l'absorption qu'exercent ces vaisseaux sur le fluide » utérin..... Il ne peut y avoir d'anastomoses immédiates entre la » mère et l'enfant, c'est par absorption que le nouvel être se nourrit, » c'est dans un fluide exhalé d'abord, versé ensuite, et que la nature » présente successivement avec des degrés plus marqués d'animalisation, que les vaisseaux du placenta choisissent les matériaux de » la nutrition.... Le fœtus des mammifères forme son sang de toutes

» pièces avec les fluides qu'il emprunte à sa mère par simple ab-
» sorption ».

Nous terminons par ces citations notre notice sur le mémoire de M. Lesauvage. Ce mémoire n'est pas très-étendu, et cependant, comme on a pu le voir, il renferme un grand nombre de choses, et de choses très-intéressantes, et qui le recommandent à l'attention de ceux qui s'occupent d'ovologie. M. Lesauvage se plaint, en commençant, de la destinée qu'a eue son mémoire à l'Académie de médecine, de ce que M. Velpeau, qui était partie dans le procès, s'en est constitué le juge, enfin, de ce qu'il attend encore les remercîments d'usage qui devaient lui avoir été adressés. Bien que nous pensions un peu comme M. Lesauvage, nous n'irons pas faire de procès à l'Académie. Quand aux remercîments que notre auteur attend, nous les lui promettons de la part de tous ses lecteurs, et, quoiqu'ils ne soient pas académiques, ils auront bien leur prix.

A. Rozier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Répertoire annuel de clinique médico-chirurgicale, ou résumé de tout ce que les journaux de médecine, français et étrangers, renferment d'intéressant sous le rapport pratique; rédigé par Ch. F. J. Carron du Villards, docteur en médecine et en chirurgie, membre de plusieurs sociétés savantes, nationales et étrangères. — 4e année — 1836, un fort volume in-8°, prix : 8 fr. — Paris, librairie des sciences médicales de J. Bouvier et Le Bouvier, 8, rue de l'École-de-Médecine.

On vient de publier à Naples le premier volume de la traduction de l'ouvrage de M. Réveillé-Parise, intitulé : *Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit*, ou recherches sur le tempérament, les habitudes, les maladies et le régime des gens de lettres, artistes, savans, jurisconsultes, administrateurs, etc. Ouvrage qui vient d'obtenir un des prix Monthyon à l'Académie des sciences.

Discours prononcé par M. Forget, professeur de clinique interne à la Faculté de Strasbourg, à la première leçon de son cours; brochure in-8°, Strasbourg.

Traité de pharmacologie et de l'art de formuler, par C.-P. Galtier, D. M. P., professeur particulier de pharmacologie, de matière médicale, etc. 1 vol. in-8° de 320 p. Chez l'auteur, rue de l'École-de-Médecine, n° 18. Prix, 4 fr. 50 c.

Sous-presse, du même auteur :

Traité de matière médicale et de toxicologie, pour faire suite à l'ouvrage précédent.

Cours de phrénologie, fait à la Faculté de médecine de Paris; par F.-J.-V. Broussais, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine, etc. Un vol. in-8° de 850 pages. 9 fr.

Études historiques et critiques sur la vie et la doctrine d'Hippocrate, et sur l'état de la médecine avant lui; par M.-S. Houdart, docteur en médecine. 1 vol. in-8°. 7 fr. 50 c.

Mémorial de l'art des accouchements, ou principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers, accompagné de 143 planches. Quatrième édition augmentée; par madame Boivin, docteur en médecine, sage-femme, ex-surveillante en chef de la maison royale de santé. 2 vol. in-8°. 14 fr.

Petit traité de médecine opératoire, et recueil de formules à l'usage des sages-femmes et des officiers de santé; prr M. J. Hatin, D. M. P., professeur d'accouchement, etc.; deuxième édition, augmentée, in-18. 2 fr. 50 c.

Ces quatre ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 bis.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES

Clinique de l'hôpital de Cayenne;

Par M. le docteur Segg[redacted]

Chef du service de santé à la Guiane française.

(*Mémoire lu à la société de médecine du département de la Seine*)

Ce mémoire se compose de faits inédits, empruntés aux trois derniers comptes rendus de mon hôpital, et propres à faire connaître les maladies qui règnent à la Guyane.

Parmi les affections catarrhales, je citerai l'ophthalmie comme ayant *toujours cédé*, en quatre ou six jours, aux collyres de sublimé et d'eau distillée. En usant de ce moyen, on ne peut plus héroïque, je me suis dispensé de la saignée du bras; il est rare que j'aie eu recours aux sangsues. J'ai presque toujours pu me passer des vésicatoires; les purgatifs employés ont été moins forts et moins nombreux qu'alors qu'ils avaient à soutenir l'effet d'une

médecine essentiellement débilitante. Les résultats, réellement prodigieux, obtenus par cette formule, ont porté un de nos confrères à lui appliquer la dénomination pompeuse de *sublime collyre* (1); le bienfait de cette préparation mercurielle est d'autant plus remarquable, qu'à la Guiane, pays très-*humide* et très-*éclairé*, l'ophthalmie est une affection grave, opiniâtre, et sensiblement dominante.

En rapprochant les succès obtenus dans le traitement du panaris, par les frictions mercurielles *incessamment réitérées*, de ceux que procure le deuto-chlorure dans l'ophthalmie, on est conduit à considérer ces préparations comme essentiellement anti-phlogistiques. Qu'on le remarque : modifier la constitution du sang et la vitalité des organes, augmenter leur puissance d'absorption, est, dans les maladies sthéniques, une indication toute aussi rationnelle que celle d'une déplétion directe; en un mot, de moyens qui affaiblissent parfois plus l'organe que la maladie dont on veut le dégager.

Une température de 23 à 26 degrés, une atmosphère dont l'humidité se balance entre 85 et 100 degrés, ne représentent pas un milieu étranger aux maladies de poitrine (2), bien que les viscères abdominaux en soient de préférence affectés. C'est ainsi qu'un personnel de six à sept cents hommes a fourni, dans l'espace de 17 mois,

---

(1) Ce collyre est devenu d'un usage banal et populaire à Cayenne.

(2) L'air chaud et humide est celui qui contient le moins d'éléments propres à la respiration, il exerce sur l'économie une action essentiellement débilitante. (Forget, *Médecine Navale*, tome 1er, pag. 168.)

cent cinquante-cinq affections pectorales. A cet égard, remarquons :

Que si la bronchite, par exemple, se développe moins facilement dans les régions équinoxiales, la solution n'en est pas sensiblement plus heureuse que dans les pays tempérés; que, parvenue à l'état chronique, l'économie manque parfois de la réaction voulue pour dégager la muqueuse bronchique, et qu'un des moyens les plus puissants de guérison consiste souvent dans la migration vers une zone plus froide et moins énervante : de là découle, pour ainsi dire, comme axiome, que si le catarrhe d'Europe trouve sa fin dans les régions intertropicales, celui qui a pris naissance en ces contrées peut voir son cours interrompu quand il entre en contact avec les modificateurs généraux, qui caractérisent de plus froides latitudes.

Mon expérience est ici tout-à-fait d'accord avec celle de l'honorable M. Levacher.

Cette observation, si souvent confirmée, que la débilité de l'organisme apportait un véritable obstacle à la solution de bien des bronchites ou pneumonies, je n'ai pas dû me vouer exclusivement à l'emploi des moyens dits rationnels, et le tartre stibié m'a rendu d'immenses services, soit pendant l'acuité, soit dans la période de long cours.

Quant à la pneumonie, je me suis toujours bien trouvé de joindre l'émétique à la saignée, celle-ci devant se pratiquer avec toute la réserve que commande la connaissance acquise du peu de résistance de l'organisme, et de la constitution moins riche et moins plastique du sang. Les cas qui font exception à cette règle concernent des individus récemment arrivés et empreints du cachet de

la pléthore sanguine; alors, la formule des saignées coup sur coup m'a réussi, et l'émétique a été employé à doses moins élevées.

En résumé, vingt-deux pneumonies, pleurites ou pleuro-pneumonies n'ont fourni qu'un seul décès, encore concerne-t-il un homme entré à l'hôpital le douzième jour de la maladie, il venait du poste éloigné de L'Oyapock; chez cet individu l'inflammation du poumon se termina par la formation d'un abcès énorme qu'on trouva épanché dans la plèvre.

Faire l'éloge de la formule de la charité (dans les cas indiqués) et de la méthode rasorienne, c'est ne rien apprendre aux praticiens: mais ils me sauront peut-être gré de leur signaler des succès qui leur sont moins familiers, et auxquels ils n'accorderont pas facilement une foi entière.

Je puis dire, avec vérité, que beaucoup de catarrhes chroniques ont cédé à l'emploi soutenu et réitéré de l'émétique. Il est des malades qui présentaient le dernier degré du marasme, des crachats purulents, ou du moins d'apparence telle, des sueurs nocturnes, des râles variés, des douleurs thoraciques et enfin la fièvre hectique, qui ont guéri par cette méthode, que je ne détaille pas parce qu'elle est connue, et qui, comme on le sait, appartient au docteur Giovanni de Vitis, médecin en chef des hôpitaux militaires à Capoue.

Parmi les personnes qui ont profité de l'heureuse application que j'ai faite de ce traitement, figurent : mesdames S*** et Att. B***, ainsi que la sœur A***, de l'ordre de Saint-Joseph. La guérison a été si radicale chez madame S., la plus malade des trois, qu'elle a pu concevoir

impunément et mettre au monde un enfant à terme; elle jouit aujourd'hui d'un très-gracieux embonpoint, après avoir offert un marasme affligeant.

On conçoit, qu'avant de porter en ville une méthode aussi *insolite*, j'ai dû l'essayer dans mon hôpital, et que des succès nombreux ont pu seuls m'enhardir à ce point.

Ici, à Paris, j'ai donné récemment un exemple des avantages de cette bizarre pratique. Une jeune personne en proie depuis cinq mois à un catarrhe pulmonaire, suite d'une grave rougeole, et qu'on croyait sous le poids de la phthisie aiguë ou galopante des Anglais, a été débarrassée de son état réel et *préventif*, après quatre émétiques pris à deux jours d'intervalle, *pour éviter la tolérance*, disposition toute négative en pareil cas. Ce succès est connu des très-honorables confrères Cayol, La Corbière (1) et Ferrand de Missol, médecins traitants ou consultants.

A ce propos, je dirai que l'idée m'est venue que c'est peut-être à tort qu'on *accepte* ces affections catarrhales tenaces qui succèdent aux fièvres éruptives en général. Selon moi, quand on a accordé deux ou trois septénaires à ces bronchites plus ou moins intenses, qui persistent après la disparition des autres phénomènes morbides, c'est tout autant qu'on peut le faire en faveur de la médecine sémi-expectante; c'est ainsi que j'appelle les adoucissants, les vésicatoires et la flanelle. Cette période, en

(1) M. le docteur La Corbière représentait ici l'école physiologique, aussi n'adhéra-t-il pas à notre prescription: ce qui ne l'empêche pas aujourd'hui de lui attribuer *exclusivement* la guérison de notre jeune fille.

quelque sorte morale, étant écoulée, il faut, si les organes digestifs le comportent, fouetter ceux de la respiration avec le tartre émétique: médication qui, en procurant de puissantes diaphorèses et en débarrassant le poumon, par la tendance de réaction *mécanique* qu'elle lui imprime, ne me paraît pas non plus insignifiante, relativement à cette disposition que présentent ici les séreuses et le tissu aréolaire des membres à se laisser surcharger de fluides. Forcé de me restreindre, je ne donnerai pas plus d'étendue à cette dernière vue, que je crois digne de fixer l'attention des praticiens.

Encore une pensée théorique : les nègres et les personnes dont l'économie a beaucoup périclité sous l'influence des climats équatoriaux, ne devraient-ils pas les affections graves de la poitrine, qu'ils contractent si facilement en Europe, autant à la nouvelle constitution du sang qu'à la vulnérabilité de leur enveloppe cutanée? En d'autres termes, un sang trop riche, trop épais, ne représente-t-il pas, pour l'organe pulmonaire, une digestion surabondante, une hématose dont la force et la plénitude tendent à dépasser le peu d'énergie organique du poumon? S'il en est ainsi, on conçoit que les causes occasionelles peuvent, jusqu'à un certain point, le céder à la vitalité insolite du poumon, ou que cette dernière disposition augmente de beaucoup la causalité et l'effet immédiat des circonstances efficientes (1).

N'abandonnons pas les organes pectoraux sans men-

(1) L'abaissement de la température a pour effet d'accélérer les mouvements de la respiration, afin d'opposer l'action vivifiante de l'air, élément de chaleur, à l'effet stupéfiant du froid. Les effets phy-

tionner ici que l'hémoptysie est, à la Guiane, un accident des plus communs, qu'on compte peu de personnes qui, ayant habité long-temps ce pays, n'aient été prises d'hémorrhagie pulmonaire. Ce phénomène purement idiopathique, en tant que se rattachant au climat, n'est de nulle conséquence pour les personnes fortes et bien organisées du thorax; je ne le crois pas sans inconvénient relativement aux poitrines délicates, et, pour mon compte, j'ai eu beaucoup à souffrir, et je souffre encore, des suites de deux accès d'hémoptysie que j'ai subis à Cayenne; et cependant trois ans se sont écoulés depuis le dernier accident.

J'attribue le phénomène remarquable que je viens de signaler : d'une part, au peu de tonicité et de résistance de la trame pulmonaire, sous une influence si débilitante; de l'autre, à la raréfaction, au peu d'organisation couenneuse du sang, et aussi à la vélocité de ce fluide, à l'impulsion plus puissante qu'il reçoit d'une température élevée, et qui ne débilite, pour ainsi dire, que *par excès d'excitation*. En effet, la première impression du climat est celle d'une vitalité plus élevée, d'une excitation plus grande, et l'épuisement qu'on observe ensuite n'est qu'un état négatif résultant d'une dépense plus considérable et plus active des matériaux de l'existence; de là, la moindre longévité dans les pays chauds, à part l'intensité plus grande de leurs causes accidentelles de destruction.

---

siologiques du froid sont encore d'occasionner une pléthore réelle en perfectionnant l'hématose. (Forget, *Médecine Navale*, tom. 1er, pag. 167.)

Relativement aux affections idiopathiques de la tête, il ressort d'une observation attentive qu'elles sont beaucoup plus rares qu'on ne serait naturellement porté à le penser; et cela, qu'il soit question de la simple céphalalgie, de la congestion cérébrale ou de l'inflammation des méninges et du cerveau.

Je ne conteste pas que l'exposition *trop prolongée* au soleil, surtout si l'on y reste presque sans se mouvoir, ne puisse devenir nuisible, et alors l'effet est *prompt*; mais je n'admets pas qu'une haute température, abstraction faite de l'insolation directe, détermine si inévitablement chez les Européens récemment arrivés dans les colonies, soit des affections cérébrales graves, soit la fièvre jaune. Si le ciel ardent de ces contrées est à redouter pour les inacclimatés, c'est donc moins par son action sur l'encéphale qu'à l'aide de causes qui agissent sur l'économie par des voies plus directes, et aboutissent à des organes plus vulnérables : les organes digestifs, par exemple.

Qu'on me permette de saisir cette occasion pour détruire ou du moins pour combattre quelques-uns des préjugés relatifs à l'insalubrité des régions inter-tropicales.

Rapporter à l'influence solaire la production des fièvres intermittentes me semble une erreur palpable; on sait que cette opinion a été émise, comme il en a été avancé de plus bizarres encore. Jamais une telle cause, qui, par elle-même, peut allumer la fièvre synoque ou un état pyrétique éphémère, ne saurait représenter, par exemple, l'endémie d'une contrée. Il faut autre chose que du calorique rayonnant, agissant d'une manière intermittente, pour provoquer le plus obscur des phéno-

mènes pathogéniques. Si l'astre qui nous éclaire agissait essentiellement par lui-même, l'influence pyrétique d'une contrée serait en raison directe de sa température, et les lieux secs, comme les lieux marécageux, seraient également redoutables.

Il faut donc restreindre la cause, comme la sphère des fièvres d'accès à certaines localités d'une nature à peu près déterminée, et savoir que la chaleur ne provoque pas de sa seule et intrinsèque influence, les fièvres intermittentes; seulement elle augmente l'énergie des causes susceptibles de les produire, elle les met en jeu, en opérant le desséchement des flaques et des marais.

J'ai dit autre part, et je m'étais attaché assez longuement à le prouver, que la fièvre jaune était, pour ainsi dire, *impossible* à la Guiane; si l'on veut démontrer qu'elle y a régné, il faut admettre que c'est par importation, c'est du moins l'opinion qui est restée dans le souvenir des habitants. La calamité de 1763, relative à l'encombrement et à la misère, nous représente un typhus meurtrier, mais non la fièvre jaune. L'épidémie de 1802 passe pour être cette dernière maladie, mais à côté de cette opinion figure celle que le mal fut importé par un navire venant des Antilles. Du reste, pas de relation écrite sur cet événement on ne peut plus désastreux, et qui fut commun aux *indigènes* et aux Européens.

En deux mots, il n'y a pas de fièvre jaune, là où ne règne *jamais* le vent de *sud-ouest*, circonstance heureuse qui embrasse toutes les contrées situées en deçà du 10° degré de latitude. Qu'on y fasse attention, il n'est pas une histoire de fièvre jaune, entre les tropiques, où il ne

soit fait mention du vent de *sud-ouest* (1) ; tous les auteurs relatent cette circonstance, pas un ne la néglige ; mais pas un, non plus, ne lui accorde toute l'importance qu'elle me paraît mériter.

Je rends hommage à la valeur bien réelle des vues émises, par M. le docteur Levacher sur le climat des Antilles ; mais il s'est mépris en voulant faire l'application de ses judicieuses remarques aux colonies en général. Non, je ne considérerai jamais comme identiques, ni même comme comparables, les climats des îles du Vent et de la Guiane. Dans la première de ces régions intertropicales, tous les phénomènes météorologiques ont, pour ainsi dire, un caractère abrupte et violent, qu'ils sont loin de présenter au même degré sur notre côte équatoriale. Ici, la succession des changements atmosphériques offre une régularité rarement et faiblement interrompue, on pourrait même dire une fatalité qui frappe les moins observateurs, et qui désole l'homme qui se consacre à leur étude. Aux Antilles, au contraire, toutes les crises de la nature se dessinent avec fougue et impétuosité ; c'est tout-à-coup que les phénomènes les plus imposants de la météorologie surgissent et viennent ravager la terre ou bouleverser les ondes. Dans notre Guiane, nous avons, il est vrai, une représentation parfois prolongée du déluge ; mais pas de tempêtes désastreuses ; si le ciel tend à se charger d'électricité, l'immense végétation qui nous environne, l'océan de verdure dans lequel nous sommes plongés, en a bientôt neutralisé

(1) Il a régné au Sénégal, dans la dernière épidémie de fièvre jaune, si bien décrite par M. le docteur Chevé.

la plus grande partie. Pour nous, pas de tremblements de terre, pas d'effets volcaniques ; si notre sol, de nouvelle formation, est sujet à quelques vicissitudes, l'accident, produit par un raz-de-marée, se borne au départ d'un saillant vaseux dont la mer n'avait opéré que le dépôt transitoire.

Quelle similitude peut-il alors exister entre les maladies des Antilles et celles de la Guiane, un simple rapprochement, et c'est tout (1). Il me serait donc facile de tracer ici une sensible démarcation entre des caractères morbides trop souvent confondus par les hommes qui n'ont pas voyagé, et qui, *dans leur cabinet*, mettent avec tant de complaisance l'analogie et l'induction à la place de l'expérience personnelle, de l'étude, parfois périlleuse, d'une nature lointaine et exceptionnelle.

De ce qui précède, je ne tirerai pour le moment qu'une conséquence, c'est que l'acclimatement ne saurait éprouver d'une manière identique, et le sujet qui débarque aux Antilles et celui qui arrive à Cayenne. Le premier peut, à l'instant même où il descend, se voir aux prises avec les commotions climatériques les plus intenses

---

(1) La différence, on le conçoit, existera plutôt entre les lésions essentiellement *dynamiques*, qu'entre les maladies à lésions matérielles et anatomiques. Ainsi, les fièvres, par exemple, pourront avoir, à la Guyane, des caractères tout différents de ceux qu'elles présentent aux Antilles ; mais la dysenterie, qui en dehors de ses complications est une maladie vraiment organique, en ce sens qu'elle est toujours reconnaissable par les traces qu'elle laisse sur les tissus où elle siège, ne saurait représenter que de faibles différences, *intrinsèques*, relatives aux localités. La pneumonie sera identique à Paris et à Cayenne.

et les plus redoutables pour sa santé; le second, au contraire, venant se soumettre à une série de mutations moins violentes, ne se trouve influencé *qu'à la longue*, et court peu la chance d'être *démoli* en débarquant, comme le disent les marins dans leur énergique langage. Le climat de Cayenne *use* donc plutôt qu'il ne *pulvérise*; il ne saisit pas l'arrivant à la gorge; mais en braver *trop longtemps* l'influence *constante* et *uniforme*, c'est ignorer qu'une force qui agit sans cesse peut, quoique faible, finir par conduire à un grand résultat (1).

Rentrant plus spécialement en matière, je signalerai, en preuve de la modification que les forces gastriques subissent à la Guiane, ces indigestions si fréquentes parmi les soldats et les marins, accident qui ne reconnaît, pour ainsi dire, d'autre cause occasionelle que les repas de haricots. Chaque fois qu'ils ont lieu à la caserne ou à bord des navires de l'état, on nous apporte les individus

---

(1) Dans une série d'événements, indéfiniment prolongée, l'action des causes régulières et constantes doit l'emporter à la longue, sur celle des causes irrégulières. (Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités*.)

Il est remarquable à Cayenne, que ce sont les anciens qui subissent l'influence la plus réelle et la plus fâcheuse du climat; rarement un arrivant, à moins qu'il n'aille tout exprès braver les causes réunies de certaines localités, tombe malade. Jamais on ne s'acclimate contre la fièvre à la Guyane, et plus on y séjourne, plus on voit augmenter les causes imminentes de l'hépatite. En 1835, sont morts d'abcès au foie : MM. Fontaneau, Pichon, Offray, Cébron, Fourcade et le soldat le Bozec. De ces malades, il en est quatre que je n'ai pas traités; ce nombre de victimes, à part le soldat le Bozec, a été fourni par une population d'Européens qui ne dépasse pas cent cinquante! ici je ne comprends que les hommes.

par escouades à l'hôpital; aussi m'est-il souvent arrivé de trouver occupés, à ma visite du matin, une foule de lits, que la veille j'avais laissés vides à celle du soir. Cette remarque confirmée, la philantropie et une bonne administration devraient se réunir pour parer à un inconvénient qui engendre souvent de graves affections, et qui a toujours pour résultat d'enlever momentanément, au service et à leurs drapeaux, un grand nombre de militaires.

Des gastrites et des gastralgies assez fréquentes fixent aussi l'attention.

Les fièvre continues sont en général assez rares à la Guiane; la fièvre typhoïde, qu'on appelle aussi entérite-folliculeuse ou dothinentérite, est encore plus étrangère au pays.

Selon des principes que j'ai déjà émis dans le Journal hebdomadaire, j'attaque ces maladies par des moyens rubéfiants, et cela au *début* et sans attendre la prostration; puis j'en viens à de légers sudorifiques et à la quinine en lavements et sur le derme, tous agents qu'ont précédés les déplétifs directs, maniés avec plus de réserve et de parcimonie qu'on ne le fait généralement en France.

Nous ne devons pas à Cayenne, comme dans notre pays, nous attacher à faire succomber les inflammations *sur place*; toute phlegmasie qui peut être révulsée doit aller mourir loin de l'organe qu'elle a d'abord envahi. Je ne sais si quelques médecins font bien de s'entêter si fort à la *formule* contraire; cela me semble beaucoup exiger d'un même point de l'économie, cela me paraît contraire aux lois résolutives de l'inflammation en général.

La colique végétale, que je considère comme *la né-*

vralgie du grand sympathique, est une maladie fréquente à la Guiane. La gravité qu'elle revêt dans certaines contrées fait bien vivement regretter qu'elle n'ait pas été étudiée par un plus grand nombre d'habiles observateurs. Cette maladie mérite dans les nosographies, non pas *une* ou *deux* pages, mais une place importante, et comme fait pathologique des plus curieux, et comme un de ces fléaux, qui, pour n'être pas à notre porte, n'en appellent pas moins la sollicitude et les lumières des amis de l'humanité. J'ai fait en cela tous mes efforts pour accomplir ma tâche dans les localités où le service m'a appelé, et il ne tardera pas à paraître, sur cette dernière maladie, une monographie enfantée par les faits et déduite d'un grand nombre d'observations particulières.

Que dirai-je sur la dysenterie de Cayenne, après tous les articles que j'ai déjà publiés sur cette maladie? Mes vues ont été consignées dans un dernier mémoire dont j'ai déposé deux exemplaires aux archives de la société (1).

Monsieur le secrétaire général m'ayant communiqué qu'on attacherait quelque importance à des observations d'hépatite dont il a pris connaissance, nous allons nous

(1) Je ferai connaître cependant ici que j'ai reçu, depuis que ce mémoire a été lu à la Société de médecine, la correspondance de mon chef de clinique, par laquelle il me confirme qu'il est encore à perdre un dysentérique depuis mon départ. Voilà donc deux ans accomplis sans que la maladie, la plus grave et la plus permanente à la Guyane, ait amené un décès! Qu'on vocifère, au Val-de-Grâce, sur la formule qui nous vaut de pareils résultats, peu nous importe, la satisfaction *d'humanité* que nous procure notre innovation n'en sera nullement affaiblie.

arrêter un peu sur cette branche si importante de la pathologie des pays chauds.

Mais avant, livrons-nous à quelques considérations générales.

Il est comme passé en principe que l'hépatite idiopathique est des plus rares, alors qu'elle ne reconnaît pas pour cause une action mécanique. Accordons ce corollaire aux auteurs qui l'ont formulé, s'ils entendent parler de l'hépatite européenne ou extra-tropicale; mais avançons, avec non moins de certitude et de conviction, que, sous la zone torride, la phlegmasie du foie est peut-être plus fréquente que celle du parenchyme pulmonaire dans les pays tempérés.

Remarquons aussi que l'hépatite est plus grave que la pneumonie, à cause de la difficulté de son diagnostic; qu'elle est de cause plus imminente que cette dernière, qui veut une circonstance efficiente, tandis que l'autre résulte d'une influence permanente et fatale. S'il y a de fausses pneumonies, il y a un bien plus grand nombre de fausses hépatites, et si les symptômes des premières sont quelquefois obscurs et comme enchaînés, toujours est-il que le sujet souffre et se trouve abattu; tandis que les signes qui appartiennent aux secondes nous représentent ce qu'il y a de plus latent et de plus insidieux en pathologie. La pneumonie se développe dans un temps donné, l'hépatite, au contraire, vous surprend par le caractère abrupte et rapide de sa marche, ou vous laisse dans l'incurie par le cours long et irrégulier de son développement. Mais ce n'est point un parallèle entre ces deux maladies que nous avons entrepris d'établir ici; bornons-

nous donc à rappeler, que non-seulement il faut croire à la fréquence de l'hépatite primitive et spontanée dans les pays chauds, mais qu'il faut tout faire pour en perfectionner le diagnostic; que cette maladie, comme la péricardite, demande souvent à être *devinée*.

Ainsi, quand un individu présente une affection abdominale mal définie, mais qu'il est d'un tempérament bilieux, exaspéré par un long séjour dans le pays, surtout s'il a déjà eu la jaunisse ou une dysenterie *bilieuse*, il faut se tenir en garde contre l'hépatite, alors même que la nuance de la peau est intacte, que le pouls ne parle pas, que, dans les selles et les urines, il ne se retrouve point d'indice d'un travail pathologique vers le foie.

Cette terrible hépatite à marche *souterraine*, si l'on peut ainsi dire, revêt parfois l'apparence de la pneumonie chez les sujets dont la poitrine est irritable, ou déjà envahie par son progrès, quand ils se soumettent à l'observation médicale. Le rhumatisme encore semble se rencontrer, quand on n'a affaire qu'à la phlegmasie du foie; la douleur de l'épaule, celle du côté droit, un pouls plein, une transpiration abondante et visqueuse, sans jaunisse, ni douleur profonde de l'hypochondre, nous représentent un ensemble séméiologique propre à abuser, non-seulement l'observateur *nouveau* et superficiel, mais l'homme consommé; cette méprise aura lieu non-seulement dans des lieux comme étrangers à l'hépatite, mais sur la terre classique de cette traîtresse affection. Certes, j'étais bien instruit et même bien prévenu du caractère perfide des hépatites, j'étais bien attentif à les dévoiler, et cependant, il m'est arrivé de croire à une pneumonie ou à une dysenterie bilieuse, quand le pus s'accumulait dans le foie!

Cette erreur, je l'ai commise deux fois ; la première, elle fut double, car je crus d'abord me trouver en face d'un rhumatisme !

Quand une fièvre intermittente, à complication gastro-duodénique, vient se combiner avec l'hépatite, celle-ci est-elle généralement aperçue? Pour exercer un diagnostic plus précis dans la majorité des cas où une autre affection abdominale vient obscurcir celle du foie, il faut être instruit de la participation active que prend cet organe à une foule de maladies où il ne semble pas intéressé. Cependant, est-il étranger à la fièvre bilieuse proprement dite? n'est-ce pas la complication de cette dernière qui donne aux hépatites sur-aiguës l'apparence de la fièvre jaune à Cayenne, où, comme je m'efforce de le dire, on ne saurait la rencontrer?

Certes, ce serait à tort qu'on recourrait, d'une manière exclusive, à l'anatomie pathologique, pour déterminer la fréquence des irritations du foie, puisqu'une inflammation légère ne donne pas la mort, et que cette issue funeste peut être le résultat d'une lésion presqu'entièrement fonctionnelle. A mon avis, ce n'est pas avec raison que, dans ces derniers temps, un ingénieux auteur s'est attaché à vouloir nous démontrer le peu d'importance fonctionnelle du foie, le peu d'influence que doit exercer le fluide biliaire sur l'acte digestif et ses dépendances (1).

Ignore-t-on qu'il est des dispositions de l'économie qui

(1) Sans supprimer ce paragraphe, j'annonce que j'en modifierai sensiblement l'esprit, relativement à ce qui concerne l'auteur instruit et spirituel qui vient de nous donner une théorie nouvelle sur les fonctions du foie ; j'en ai parlé ici d'après une simple analyse.

changent l'importance de tel ou tel organe, de telle ou telle fonction? Ainsi, dans les contrées marécageuses, le relâchement et l'engouement (ce qui n'exclut pas la tendance phlegmasique) des viscères abdominaux, la langueur des fonctions auxquelles ils président, modifient ces derniers d'une manière qui doit fixer l'attention du médecin physiologiste.

S'il en est ainsi, il faut reconnaître que, sous une telle influence, le moindre embarras survenu dans les fonctions du foie, par exemple, et par suite, dans la circulation veineuse abdominale, peut entraîner les plus graves résultats, sans que l'autopsie retrace aux yeux de l'anatomiste une lésion qui explique entièrement l'extinction de la vie.

Il est vraiment remarquable que, dans la localisation si diffuse et si multipliée des fièvres insidieuses, on ait, pour ainsi dire, oublié l'organe sécréteur de la bile. On reconnaît des fièvres pernicieuses cystiques, néphrétiques, catarrhales, aphoniques, sudorales ou diaphorétiques, et on n'en cite pas d'hépatiques.

Un organe aussi influent que le foie sur la circulation en général et sur celle de l'abdomen en particulier, un organe qu'on voit si souvent s'engorger et offrir des obstructions après les fièvres intermittentes, a pu être négligé à ce point par les pathologistes! Cependant, il me paraît être le viscère essentiellement menacé dans la fièvre per-

---

Depuis lors, j'ai lu l'intéressante monographie de M. Voisin, et j'y ferai des emprunts en élaborant la théorie que je professe, quant à la colique végétale, œuvre qui ne tardera pas à être mise sous presse.

nicieuse *ictérique*, beaucoup moins rare, dans les pays chauds, qu'on ne le croit généralement. Son intégrité me semble encore lésée dans la fièvre pernicieuse dysentérique, caractérisée par des selles dans lesquelles domine sensiblement le fluide hépatique.

En pareil cas de fièvre *pernicieuse*, il n'est pas besoin d'admettre l'inflammation primitive ou secondaire de l'organe sécréteur de la bile, un tel état ne se ralliant nullement aux phlegmasies, mais bien à ces *déviations* rapides et instantanées des fluides *nerveux* et *sanguins*. Quand on cessera de confondre certaines fièvres ataxiques *non pernicieuses* avec celles qui le sont réellement, on distinguera qu'il y a entre ces deux affections toute la distance qui existe entre une *inflammation* proprement dite et une simple *congestion*. Comment tous les dehors de la santé seraient-ils offerts entre deux accès pernicieux, si, ce phénomène pathologique accompli, les organes ne revenaient à l'état normal? D'un autre côté, la mort pourrait-elle s'expliquer dans les cas où le cadavre est muet, si l'on n'admettait une lésion purement fonctionnelle que tout porte à considérer, dans ses effets, comme une *congestion opprimante*! Pour moi, je ne doute nullement que les choses ne se passent de la sorte, et toutes les fois que la fièvre n'était pas *insidieuse* proprement dite, j'ai presque toujours retrouvé l'organe lésé, et celui-ci offrait les caractères phlegmasiques.

Ainsi, si l'on admet que la constitution médicale et endémique, que le tempérament du sujet, surtout son idiosyncrasie, que la débilité ou la suractivité relative des systèmes organiques, déterminent l'action de la fièvre, ou mieux la congestion vers telle ou telle partie du corps, il

faut reconnaître, d'après tout ce qui précède, que dans les pays chauds et palustres, le foie doit être fréquemment le siége de phénomènes pyrétiques les plus graves et les plus funestes.

Mais ne nous étendons pas davantage sur les altérations du foie, en ce qu'elles ont d'étranger au cas particulier qui doit en ce moment fixer notre attention.

L'individu dont il s'agit, appartenant à la race éthiopienne, pouvait avoir provoqué sa maladie par l'usage de ces purgatifs drastiques dont font si généralement abus les vieux nègres libres. Il fut reçu dans mes salles, six jours environ après l'invasion d'une forte douleur à l'hypocondre droit, d'une fièvre de quelque intensité et accompagnée de fréquents vomissements. Il se présenta dans l'état suivant : expression de la physionomie triste et mélancolique, yeux d'un jaune-verdâtre, sur lequel se détache une forte injection sanguine; langue épaisse, jaunâtre; papilles d'autant plus saillantes, que cet organe, sans être brûlé ni fuligineux, est parfaitement aride; chaleur et sécheresse de la peau, force, plénitude, lenteur et intermittence du pouls; sentiment de pesanteur dans tout l'hypocondre droit; sensibilité vive au niveau des fausses côtes, au-dessous desquelles proémine une tumeur sphérique du volume d'un œuf de dinde; urines épaisses et safranées; matières fécales rares, sèches et blanchâtres. — Prescription : diète, eau de tapioka nitrée, saignée de seize onces, cinquante sangsues sur la tumeur, calomel six grains à prendre dans la journée, frictions mercurielles sur l'abdomen, cataplasme émollient, lavement de même nature.

Deuxième jour, neuvième d'invasion, douleur calmée, langue moins aride, plus de nausées, une selle grisâtre et d'aspect argileux, un peu moins de résistence dans la tumeur, pouls plus rapproché du normal : — diète, saignée ℥ ij, quarante sangsues, calomel ℊvj, lavement laxatif, même prescription du reste.

Troisième jour, douleur nulle; tumeur diminuée, bouche humide, sentiment d'appétit, deux selles, le pouls s'améliore, saignée ℥viij, trente sangsues, un grand bain, calomel ℊij, matin et soir.

Quatrième jour, sérénité, affaissement considérable de la tumeur, ventre libre, disparition de cette diathèse bilieuse, dont le malade offrait l'aspect le mieux caractérisé. — Potage maigre, fruits acidules, eau de carottes, bain, lavements devenus purgatifs.

En continuant cette prescription d'une manière décroissante, et en maintenant le sujet au maigre, j'ai vu disparaître, en moins d'un mois, une maladie d'une certaine intensité, et assez grave, par la tumeur de l'hypocondre droit.

Un résultat aussi satisfaisant, réalisé d'une manière aussi régulièrement progressive, doit engager les praticiens français à reconnaître le bon effet des mercuriaux et des purgatifs gradués, administrés en lavements. Certes, les émissions sanguines, les délayants, le régime et les bains ne sauraient être mis en oubli; mais il faut, encore cette fois, prendre note de l'effet réellement avantageux du calomel dans le traitement de cette maladie.

Voici un cas d'hépatite sur-aiguë, à exacerbations d'abord subintrantes, puis à type irrégulier et simulant la

fièvre jaune, qui met en plus grande évidence encore *l'héroïsme* du calomel.

Le sujet, tombé malade à l'habitation, ne nous arriva que le huitième ou le dixième jour d'invasion; il était jaune-verdâtre, avait le facies on ne peut plus alarmant, les lèvres flétries, les dents fuligineuses, la langue brûlée, le pouls plein, gros et lent dans les courts instants de rémission, mou, faible, tremblottant, fréquent et irrégulier pendant le paroxisme; l'hypocondre droit était *tuméfié*, rénitent, pesant au malade, douloureux à la pression; l'abdomen était tendu malgré des évacuations alvines récemment provoquées par le calomel (lors du passage d'un médecin sur l'habitation du malade), les urines rares, épaisses et safranées; les vomissements étaient répétés, des éructations alternaient avec un hoquet on ne peut plus fatigant; il y avait dans l'ensemble du sujet une expression d'éréthisme et de frémissement général, la voix était éteinte, la respiration rare, lente et profondément déprimée; le pronostic général des consultants fut pour la mort, moi-même je la croyais inévitable.

Ayant, par le passé, comme cédé à l'opinion qui reconnaît pour très-rare l'hépatite essentielle; ayant, dans des cas semblables, vu mon prédécesseur mettre en pratique le traitement des mauvaises fièvres, celle-ci rapportée par lui et la totalité de nos confrères à la fièvre jaune, j'hésitai, cette fois encore, à m'affranchir des précédents et de l'opinion assez généralement admise. Cependant, considérant que je fus malheureux, dans les cas de ce genre, autant de fois que je voulus suivre la route battue, je pris une direction tout-à-fait opposée.

Il était trop tard pour la saignée, les sangsues même ne

pouvaient plus être employées, de nombreux vésicatoires appliqués à l'habitation n'avaient amené aucun changement favorable, le mercure seul me parut être l'ancre de salut; il fut largement employé. Vingt-quatre grains de calomel tout d'abord, et cela sans m'inquiéter des selles déjà obtenues, puis à doses progressivement moindres; des lavements huileux et calomélisés, des frictions mercurielles sur toute l'habitude du corps, une boisson rafraîchissante miellée, un vésicatoire sur l'épigastre, *pansé avec la pommade de calomel*, ainsi que ceux déjà appliqués, et enfin des fomentations émollientes sur l'abdomen, représentent le traitement que j'ai fait subir d'une manière décroissante, mais prolongée, à M. Pottet, c'est le nom du malade (1).

Des évacuations bilieuses, abondantes et répétées, des urines copieuses et une forte fièvre mercurielle, furent le résultat le plus sensible de ce hardi traitement. La fièvre hydragyrique fut lente à amener le ptyalisme, phénomène de tolérance qui semblait témoigner de la convenance de la médication employée. Cette salivation fut même médiocre, elle eut lieu sans presque aucune ulcération de la muqueuse buccale; après quarante jours environ, le malade sortit, faible, mais parfaitement guéri, de notre hôpital. C'est le premier que j'aie vu échapper à une pareille maladie; jamais les cas analogues, *le hoquet persistant*, n'avaient pardonné sous mes yeux.

On me demandera ce que je veux conclure d'un cas isolé; d'abord je répondrai qu'un homme a été sauvé, puis je dirai : voyez la médecine anglaise, elle fourmille d'ob-

(1) Il est âgé de 60 ans, et habite la colonie depuis long-temps.

servations de ce genre, et quelle que soit votre critique, je persisterai, en pareilles circonstances, dans ce que vous appelez l'emploi exagéré du calomel, médicament qui me fait dire, depuis sept ans, avec autant d'enthousiasme qu'en éprouvait Sydenham pour l'opium : pas de calomel, pas de médecine dans les pays chauds !

(*La suite au prochain cahier.*)

MÉMOIRE

Sur la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement;

Par M, Mondière,

Docteur en médecine à Loudun (Vienne.)

(Deuxième article (1).)

Nous avons déjà vu dans les faits précédents, et ceux que nous rapporterons par la suite nous offrirons presque constamment les mêmes phénomènes, nous avons vu que chez toutes les femmes atteintes de rupture du vagin pendant l'accouchement, on avait observé, comme symptômes constants, une douleur vive, d'une autre nature que les précédentes, accompagnée d'un sentiment de déchirure, bientôt suivie de faiblesse, de nausées, de petitesse du pouls, etc. Ces symptômes sont pour ainsi dire infaillibles, et, lorsqu'ils se présentent, l'accoucheur doit aussitôt soupçonner l'accident qu'ils annon-

---

(1) Voir le numéro de juillet 1836 de la *Revue médicale.*

cent. Si Thibault, de Rouen, leur eût accordé toute l'importance qu'ils méritent, il n'eût point, sans doute, dans le cas suivant, annoncé comme prochaine une délivrance naturelle, désormais impossible.

Septième observation (1).

Le 3 novembre 1753, à minuit, une femme de cette ville (Rouen) parvenue au terme de l'accouchement, en ressentit les douleurs qui furent très-violentes, et presque continuelles. Les enveloppes de l'enfant s'ouvrirent d'elles-mêmes, et la tête se présenta dans la situation la plus heureuse, au point même qu'elle occupait l'entrée de l'arcade des os pubis : ce qui donna lieu à la sage-femme d'espérer que l'accouchement ne tarderait point à s'achever. Ses espérances furent vaines; ses douleurs ne furent pas moins violentes pendant deux heures, et la tête de l'enfant ne fit pas plus de progrès pour sa sortie.

La malade assura que, de huit enfants qu'elle avait eus, jamais aucun ne lui avait causé des douleurs si piquantes; elle dit aussi qu'elle sentait dans ce moment un autre genre de douleur qu'elle ne pouvait définir. Elle distinguait bien cependant quelque chose qui l'oppressait vivement, et qui lui ôtait la respiration, et que sa principale douleur était sous l'ombilic. Elle avait des nausées et des vomissements accompagnés de faiblesse. Enfin, ce qui lui faisait perdre tout espoir, c'est qu'elle s'apercevait, par sa propre expérience, que les douleurs qu'elle

(1) Ancien Journal de Médecine, 1754, t. I, p. 368.

ressentait n'étaient pas celles qui accompagnent, pour l'ordinaire, l'enfantement. Elle fit appeler son chirurgien pour la saigner. La saignée fut médiocre, vu l'état de faiblesse dans lequel elle se trouvait; ce fut sur les cinq heures et demie du même matin qu'on prit le parti de me faire appeler. M'étant, par moi-même, mis au fait de tout, je remarquai que l'enfant était dans une très-bonne posture : ce qui me fit dire à la malade que son accouchement était l'ouvrage ordinaire de la nature, et qu'il fallait attendre ses ressources. J'avais pourtant remarqué que le pouls était petit et fréquent, et les extrémités un peu froides. Malgré ce que me dit le chirurgien, qui ne l'avait pas abandonnée, sur ce qui s'était passé pendant la grossesse, je pensai que je ne devais attribuer la faiblesse du pouls qu'aux vomissements qui avaient eu lieu pendant le travail. J'attribuai le froid des extrémités à ce que la malade était sur une simple paillasse étendue sur un plancher de plâtre d'une chambre très-vaste. Mes raisons ne la tranquillisèrent pas; elle persista à dire qu'elle était très-mal, et qu'elle sentait approcher sa fin. J'essayai de la rassurer. Je lui fis prendre une situation plus favorable, tant pour la réchauffer que pour lui procurer une plus prompte délivrance. Elle y resta environ une demi-heure, pendant laquelle je m'aperçus que ses forces diminuaient sensiblement. Je lui fis promptement avaler de l'eau sucrée mêlée d'autant de vin; et, comme elle s'affaiblissait davantage, je la fis porter dans son lit; je lui donnai de l'eau thériacale qui n'eut pas plus de succès, et un quart d'heure après, je la vis expirer à mon grand étonnement. Depuis quelques heures la malade ne sentait plus son enfant.

Je voyais périr, en moins de trois quarts d'heure, une femme à laquelle je m'étais cru obligé d'inspirer de la confiance, et je le faisais avec d'autant plus de fermeté, que je ne découvrais en elle aucuns signes absolument fâcheux. Un accident si subit et si imprévu me fit porter toutes mes vues à procurer le baptême à l'enfant. Je me hâtai, en conséquence, de faire l'opération césarienne.

Mais quelle fut une seconde fois ma surprise, lorsqu'après avoir ouvert les téguments, je vis le derrière d'un enfant se présenter à nu, sans que j'eusse ouvert l'utérus. Il était étendu de toute sa longueur, un peu obliquement, tout le corps du côté droit, et la tête toujours dans la même position où je l'avais remarquée, pendant le travail de la mère; c'est-à-dire, que sa tête était restée comme enclavée dans le vagin, directement sous l'arcade des os pubis. Tout le reste de son corps, porté sur les intestins de sa mère, nageait dans un bain de sang très-liquéfié; il avait sous lui son arrière-faix qui était très-ample et garni d'un cordon très-long. Cet enfant était sans vie, très-gras, et *pesait plus de vingt livres*. Je remarquai à sa tête la même impression qu'ont ordinairement les enfants lorsqu'ils se trouvent pressés par l'arcade des os pubis : son scrotum était livide et tuméfié. Je passai ensuite à l'examen de la matrice, qui était appuyée sur le côté gauche et opposée à l'ouverture que j'avais faite pour l'extraction de l'enfant. Ce viscère était plus gros que la plus forte tête humaine. Son corps et ses trompes étaient sans rupture : ce ne fut qu'à l'union de son orifice avec le vagin, postérieurement, que je trouvai une large rupture par laquelle tout le corps de l'enfant, ainsi que l'arrière-faix, avaient pu pénétrer jusque dans le ventre de la mère.

Ayant ouvert la matrice, je remarquai que ses parois avaient, depuis le haut de son fond jusqu'aux trois quarts de son étendue, vingt-six lignes d'épaisseur, et le reste, jusqu'à son orifice, environ vingt. Toute sa substance en était spongieuse; sa capacité contenait quelques restes de membranes d'arrière-faix et quelque peu de sang caillé. Je reconnus enfin que le placenta avait eu ses adhérences à toute la circonférence interne de cet organe. Sa cavité aurait à peine contenu le poing d'un homme.

Il n'est plus permis d'admettre aujourd'hui que le fœtus extrait par Thibault pesât vingt livres; et l'on sait à quoi s'en tenir sur ce que les auteurs anciens disent au sujet d'enfants pesant 15, 25 et 30 livres. Quoique ce chirurgien se taise sur la conformation et le diamètre du bassin de la femme, sujet de son observation, il peut être permis de penser que l'enclavement de la tête a pu contribuer à la rupture du vagin. Au reste, c'est un reproche que l'on peut généralement adresser à ceux qui ont rapporté des cas de cet accident, de n'avoir point cherché à s'assurer de la cause à laquelle on pouvait l'attribuer; tous, ou presque tous, omettent de parler de la position de l'enfant, de l'état des parties de la femme, de la disposition de la matrice, enfin du bassin. De là résulte nécessairement la difficulté d'établir les causes qui produisent ou facilitent les ruptures du vagin. Cependant, il est peu d'affections dans lesquelles il serait aussi nécessaire de bien connaître les causes prédisposantes et prochaines, puisque, de leur connaissance exacte seulement, peuvent découler les principes de l'art propres à faire prévenir un accident toujours fatal à l'enfant et presque toujours à la mère.

Cependant, ces causes ne restent pas toujours ignorées, et elles peuvent facilement être appréciées dans les deux observations suivantes :

HUITIÈME OBSERVATION (1).

36 ans; huitième couche; bonne conformation du bassin; position vicieuse de la tête; tentatives inutiles de redressement, au moyen d'une branche de forceps; déchirure du vagin; accouchement terminé par la version; mort vingt-deux heures après.

Al... E..., âgée de trente-six ans, femme grande, bien conformée et douée d'une constitution robuste, fut apportée à l'Hôtel-Dieu le.... , accouchée, depuis dix-neuf heures, de son huitième enfant. L'état déplorable dans lequel elle se trouvait, depuis son accouchement, me détermina à l'admettre dans les salles de clinique de M. le professeur Récamier.

Cette malade, dont les grossesses et les couches précédentes n'avaient été traversées par aucun accident, et qui toujours s'était délivrée sans les secours de l'art, avait éprouvé deux hémorrhagies vers le milieu du neuvième mois de sa dernière grossesse, hémorrhagies légères, et qui s'étaient arrêtées sous l'influence du repos seulement. Une particularité plus importante accompagnait cette grossesse; c'était une obliquité antérieure très-considérable, et qui, entre autres inconvénients, rendait la marche difficile pendant les derniers mois, et occasionnait même des chutes de temps en temps. Malgré ces accidents, la grossesse parvint à son terme.

Au commencement du travail, l'orifice de l'utérus était

(1) Ch. Leloutre, *Observations cliniques*. Thèses, n° 9, p. 32.

tellement élevé dans le bassin, que le doigt de la sage-femme ne pouvait l'atteindre que très-difficilement. Un accoucheur reconnut un peu plus tard que la tête se présentait, mais dans une position vicieuse. Les tentatives qu'il fit pour la changer, au moyen d'une branche de forceps introduite vers le côté droit du vagin, n'aboutirent qu'à déchirer ce conduit. Alors le degré du travail rendait difficile, mais non impossible, l'introduction de la main dans la cavité de l'utérus ; la version fut opérée, et l'enfant extrait par les pieds ; la tête, bien qu'elle ne présentât pas un volume disproportionné aux dimensions du bassin, ne put cependant le traverser qu'à l'aide du forceps. L'expulsion de l'arrière-faix ne se fit point attendre, et ne présenta rien de particulier. Il ne s'écoula que peu de sang au dehors, après la délivrance. L'enfant ne donna aucun signe de vie.

La mère n'éprouva pas une minute de calme après un travail aussi laborieux, dont la durée totale fut d'environ six heures, et qu'elle supporta avec le plus grand courage. Une douleur vive existait dans la profondeur du bassin. Cette douleur ayant augmenté progressivement, et s'étant propagée vers la région lombaire d'abord, puis dans tout l'abdomen, la malade fut transférée à l'hôpital à huit heures du soir, dix-neuf heures après l'accouchement. Alors l'abdomen était très-élevé, distendu par des gaz, et fort douloureux à la plus légère pression ; ce qui rendait impossible l'exploration du corps de la matrice ; la malade souffrait surtout de l'hypogastre et de la région lombaire. Une petite quantité de sang s'écoulait des organes de la génération, qui n'offraient à l'extérieur aucune lésion remarquable ; à l'intérieur, leur sensibilité était tellement

exaltée, que la malade ne pouvait y supporter la présence du doigt destiné à les explorer; elle éprouvait des hoquets et des nausées; la bouche était humide et la langue pâle. La physionomie et les gestes exprimaient l'anxiété la plus vive; le pouls était concentré et fréquent, la respiration courte et entrecoupée. Les facultés intellectuelles conservaient leur intégrité. (Saignée de deux palettes, fomentations émollientes et narcotiques sur le ventre, boisson gommeuse.)

Sous l'influence de ces moyens, une amélioration légère se manifeste; mais à dix heures, le pouls se supprime, les extrémités se refroidissent, les traits s'altèrent de plus en plus, l'anxiété redouble, des douleurs plus intenses arrachent à la malade des cris plaintifs, qui s'affaiblissent progressivement; des grincements de dents accompagnés de mouvements ou plutôt de frémissements convulsifs leur succèdent; la malade expire à onze heures du soir, vingt-deux heures après l'accouchement.

Autopsie. — La partie supérieure du vagin, à l'endroit de son union avec l'utérus, offre une déchirure assez large pour se laisser facilement traverser par le poing. Cette déchirure existe principalement à droite et vers la région antérieure. Le décollement et la déchirure du péritoine s'étendent irrégulièrement sur la matrice jusqu'à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Les lèvres de la déchirure baignent dans une petite quantité de sang. La matrice, incomplètement revenue sur elle-même, a le volume de la tête d'un adulte; néanmoins sa cavité est vide. Le bassin a des dimensions ordinaires, et est bien conformé. La symphise pubienne est

notablement relâchée. Traces de péritonite, autres organes sains.

On voit que l'auteur de cette observation, est porté à attribuer la déchirure du vagin à l'action du forceps, conduit dans le but de changer la position vicieuse de la tête, plutôt qu'à l'obliquité de la matrice, qu'il mentionne seulement comme une particularité importante, sans avoir reconnu ou su apprécier la grande influence que cette déviation de l'utérus a dû avoir sur la rupture du vagin. Cependant, cette obliquité considérable de la matrice, favorisée par de nombreuses grossesses précédentes, est une des causes les mieux constatées de cet accident. L'observation suivante servira de preuve à ce que nous venons de dire; et cependant, si on eût voulu s'en rapporter aux paroles de la malade, sans accorder à l'obliquité antérieure de la matrice le grand rôle qu'elle a dû encore jouer ici, on aurait pu accuser la sage-femme, comme on a accusé l'accoucheur dans l'observation précédente, d'avoir, par une manœuvre défectueuse, opéré la déchirure du vagin.

Mais, avant de rapporter cette seconde observation, faisons remarquer que, dans celle qui précède, le fœtus ne passa pas dans la cavité abdominale, et qu'il fut possible d'en opérer la version. Cette manœuvre, il est vrai, ne fut pas suivie de succès, puisque la femme n'en succomba pas moins quelque temps après. Mais peut-être que si cette version eût été faite aussitôt après l'accident, elle eût été couronnée du succès; nous sommes affermis dans cette idée par une observation que nous rapporterons bientôt, et dans laquelle le docteur Isirch, appelé à l'ins-

tant même de l'accident, eut le bonheur de sauver la mère par une manœuvre savamment combinée.

NEUVIÈME OBSERVATION (1).

46 ans; neuvième grossesse; obliquité antérieure de la matrice très-prononcée; rupture du vagin après six heures de travail; issue des intestins, et extraction de l'enfant à travers la déchirure; mort par péritonite vingt heures après l'accident.

Marguerite N...., âgée de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, mère de huit enfants, enceinte pour la neuvième fois, avait une obliquité antérieure telle, qu'elle était forcée de porter une ceinture pour soutenir la matrice. Le 9 septembre 1820, vers dix heures du soir, le travail de l'enfantement s'annonça, comme dans les accouchements précédents, avec des douleurs si vives et si violentes, qu'elles arrachèrent des cris à la malade. La sage-femme, appelée lorsque les contractions se succédaient rapidement, s'empressa de pratiquer le toucher, et de répéter cette opération à chaque douleur, pour *hâter*, disait-elle, le travail et *soulager la patiente.* Les eaux étaient déjà écoulées, lorsque, vers les quatre heures du matin, il se manifesta une contraction plus forte que les précédentes. A peine la sage-femme eut-elle introduit le doigt dans le vagin et appliqué la main sur l'abdomen, que la malade jeta un cri, et dit *qu'elle l'avait blessée.* Au même instant elle sent une boule s'élever dans le ventre, et tombe dans un état d'affaissement voisin de la syncope : le ventre change de forme, et les

(1) Journal universel, 1826, t. XLIII, p. 45, note.

contractions utérines cessent. La sage-femme, effrayée de cet état, et repoussée par la malade, fait appeler un médecin. Celui-ci, après avoir constaté par le toucher la déchirure du vagin, et reconnu la présence des pieds au milieu des intestins, conseille de transporter la malade à l'Hôtel-Dieu. Instruit de tous ces détails par la sage-femme, M. Devergie pratiqua de suite le toucher; il lui fut facile de reconnaître plusieurs anses d'intestins grêles échappées dans le vagin, à travers une large ouverture faite à la paroi postérieure de ce canal, et de distinguer plus haut les pieds de l'enfant. La main, appliquée sur l'abdomen, faisait sentir deux tumeurs; l'une à gauche, et l'autre moins élevée, analogue au globe utérin contracté sur le placenta. Le ventre, assez uniformément arrondi, était devenu douloureux à la pression, et le toucher provoquait de vives souffrances. La malade, singulièrement affaiblie, avait le visage contracté, les yeux cernés, et portait sur toute la physionomie l'empreinte de la fatigue et de la douleur. M. Dupuytren procéda sur-le-champ à l'extraction de l'enfant. Cette opération, sans cesse empêchée par la présence des intestins qu'il fallait continuellement réduire, ne fut terminée qu'au milieu des plus violentes douleurs.

Cette femme, malgré tous les moyens employés, succomba à une péritonite aiguë, dans l'espace de ving-huit heures.

A l'autopsie cadavérique, faite en présence de tous les élèves, on trouva dans l'abdomen une grande quantité de fluide sanguinolent et albumineux, exhalant une odeur analogue à celle de l'eau de l'amnios; la rupture du vagin formait en arrière, à l'union de ce canal avec la matrice,

un demi-cercle de l'étendue de quatre ou cinq pouces. Les bords en étaient frangés.

Ici nous voyons, pour la première fois, l'extraction de l'enfant faite à travers la rupture du vagin. Cette extraction, il est vrai, ne put arracher la mère à la mort; mais si nous faisons la part, et du temps qui s'écoula depuis le moment de la rupture jusqu'à celui où M. Dupuytren procéda à l'extraction du fœtus, et des difficultés qu'apporta nécessairement l'issue des intestins, complication qui n'est pas constante, on pourra, sans trop de présomption, espérer de sauver quelques victimes, en agissant avec la plus grande célérité. Nous reviendrons, au reste, sur cette importante question, en parlant de la conduite que l'accoucheur doit tenir dans des circonstances aussi épineuses.

Dans l'observation suivante, la cause de l'accident nous est bien connue encore; mais ici elle dépendait du fœtus, atteint de plusieurs vices de conformation.

DIXIÈME OBSERVATION (1).

28 ans; troisième grossesse; deuxième position de la tête; rupture du vagin, 36 heures environ après le commencement du travail; passage de tout le tronc de l'enfant dans l'abdomen. Symptômes de péritonite. Mort. Rupture du vagin et du col de l'utérus; enfant affecté d'hydrocéphale.

La femme Déhau, âgée de vingt-huit ans, d'une forte stature et d'un tempérament lymphatique, fermière *à la Viollière*, commune de Rouziers, à quatre lieues de Tours, avait déjà accouché deux fois très-heureusement;

(1) M. Haime, Journal universel, t. LVI, p. 363.

bien que le premier travail eût duré soixante heures. Enceinte pour la troisième fois, sa grossesse n'avait présenté rien d'insolite, si ce n'est que vers le milieu elle fut prise d'une fièvre intermittente, à laquelle elle n'opposa aucune médication, et dont elle eut plusieurs récidives qui finirent par amener de la lenteur dans les fonctions, la décoloration des tissus, de la bouffissure à la face et de l'œdème aux membres abdominaux.

Le 18 février 1828, ayant senti les premières douleurs de l'enfantement, elle fit appeler, vers six heures du soir, une sage-femme, qui reconnut que l'enfant se présentait dans la seconde position de la tête. Le travail ne fit pas de progrès sensibles jusqu'à huit heures du soir du lendemain 19; mais dès ce moment il augmenta manifestement, et la sage-femme annonça que l'accouchement allait se faire : les douleurs persistèrent et s'accrurent encore jusqu'à minuit. Alors on commença à apercevoir un écoulement de mucosités sanguinolentes, accompagné de malaises inexprimables et d'un refroidissement très-marqué des extrémités; le pouls était petit, concentré. Tout-à-coup, vers cinq heures du matin, la malade éprouva une violente douleur, tout-à-fait différente des douleurs ordinaires, qui lui arracha un cri, et qui fut immédiatement suivie d'un affaissement général et de la cessation absolue des contractions utérines. Les traits du visage s'altérèrent, les angoisses augmentèrent, l'abdomen devint très-sensible au toucher, des nausées fatigantes et des vomissements de matières bilieuses se manifestèrent, et lorsque la malade prenait une position verticale, il s'écoulait par la vulve une plus grande quantité de sang et de sérosité.

Sur ces entrefaites, on manda MM. Brault père et fils,

chirurgiens à Beaumont-la-Ronce, gros bourg distant d'une lieue et demie environ du domicile de la malade; mais ne s'étant pas trouvés chez eux, ils ne purent se rendre auprès d'elle que dans l'après-midi. Les signes commémoratifs, les symptômes actuels, le calme perfide qui succédait à un travail actif; de plus, la présence d'une tumeur inégale, déjetée à gauche, et laquelle, palpée, permettait de distinguer un corps volumineux à travers les parois de l'abdomen, sans que rien d'intermédiaire parût interposé; enfin, le toucher au moyen duquel la main, en glissant à côté de la tête du fœtus, n'éprouvait qu'un léger obstacle à pénétrer dans la cavité abdominale jusqu'à la région sacro-iliaque, qu'elle sentait distinctement à nu: tous ces signes réunis convainquirent ces deux praticiens qu'il s'était effectué une rupture du vagin, et que le fœtus avait passé en grande partie dans l'abdomen. Les symptômes alarmants dont il a été parlé ne firent que s'aggraver: le pouls marquait plus de cent pulsations; la malade, en proie à d'affreuses angoisses, accusait surtout une douleur très-vive partant de la région iliaque gauche, se faisant plus particulièrement ressentir à l'épaule du même côté, et qui semblait lui faire oublier tout le reste.

Dans une conjoncture aussi critique, MM. Brault demandèrent un troisième homme de l'art, et je me hâtai de me rendre sur les lieux, dans la nuit du 20 au 21.

Après avoir recueilli les renseignements que je viens de faire connaître, et m'être assuré par moi-même de la nature de l'accident, nous délibérâmes quelques instants sur les moyens de salut que l'art mettait à notre disposition, et nous convînmes qu'il était urgent de terminer

promptement l'accouchement, à l'aide du forceps appliqué sur la tête. Toutefois, ne pouvant nous dissimuler l'imminence du danger que courait la malade, et la presque certitude qu'elle ne survivrait pas aux manœuvres indispensables pour cette opération et pour l'extraction du placenta, tant l'affaiblissement était extrême, nous crûmes devoir déclarer au mari et aux assistants que *si*, malgré une trop faible chance de succès, nous cédions à une impérieuse nécessité, commandée par nos devoirs, c'était autant pour ne pas rester spectateurs insensibles d'une scène aussi affligeante, que dans l'espérance de retarder, ne fût-ce que de quelques heures, une fâcheuse et inévitable terminaison.

D'après un semblable aveu, les parents, qui avaient de graves intérêts de famille à régler, manifestèrent, ainsi que la malade elle-même, l'intention bien formelle qu'on s'occupât avant tout de son testament... Mais la malade avait à peine exprimé d'une voix presque éteinte ses dernières volontés, qu'elle rendit le dernier soupir.

Aussitôt que nous eûmes l'entière certitude de la mort, nous fîmes l'ouverture du ventre, et nous trouvâmes, en contact avec les viscères abdominaux, un fœtus du sexe féminin, à terme, et dont la tête seulement était encore retenue entre les lèvres de la déchirure qui s'était opérée au vagin et au col de la matrice. Les pieds appuyaient sur l'estomac et le foie de la mère, et les fesses et les lombes occupaient la région iliaque gauche. Ce fœtus offrait des vices de conformation remarquables. La tête était très-volumineuse; il était non-seulement affecté d'hydrocéphale, mais il avait encore un *spina-bifida* de la portion lombaire de la colonne vertébrale; cette colonne

était de plus fortement courbée en avant, le thorax bombé dans la même direction; enfin, les membres étaient contournés d'une manière tout-à-fait défectueuse.

Quoique nous soyions bien peu disposés à critiquer la conduite de nos collègues, nous ne pouvons cependant nous dispenser de faire quelques réflexions sur cette observation. Et d'abord, il nous semble incontestable que, chez cette femme qui était d'une constitution forte, jeune encore, et qui avait déjà eu deux couches très-heureuses, la cause de la rupture du vagin et du col de l'utérus ne doit être attribuée qu'à la conformation vicieuse de l'enfant, et surtout à l'hydrocéphalie dont il était atteint. Or, si telle a été l'unique cause de la rupture du vagin dans ce cas, et la présentation de la tête permettant de reconnaître l'état hydrocéphalique de l'enfant, n'eût-il pas été possible à une personne instruite, qui aurait suivi pas à pas le travail de l'accouchement, de prévenir cet accident en perforant le crâne. Nous avons assisté, il y a quelques années, à un accouchement semblable où, après douze heures de douleurs vives, il devint nécessaire de donner issue à l'eau contenue dans le crâne, pour prévenir des accidents qui étaient alors devenus imminents. Et tout en n'accueillant qu'avec beaucoup de réserve les faits publiés par M. Coffinières, nous lui emprunterons le suivant qui prête son appui au principe que nous venons d'émettre. Voici ce fait, dans lequel la perforation du crâne prévint, non la déchirure du vagin, mais seulement le passage de l'enfant dans la cavité abdominale.

ONZIÈME OBSERVATION (1).

Au mois de mars 1792, je fus appelé pour accoucher la femme d'un maréchal de la commune de la Cassaigne, qui souffrait beaucoup depuis plusieurs jours. Elle éprouva tout-à-coup une vive douleur à l'aine droite, accompagnée de perte de sang. Le travail cessa, son état devint alarmant. Je reconnus une déchirure à la partie latérale droite du vagin. L'enfant présentait la tête, que je trouvai remplie d'eau, je la vidai et parvins facilement à terminer l'accouchement. La femme survécut à cet accident.

Si maintenant nous examinons la conduite des chirurgiens de Beaumont-la-Ronce, nous trouverons que les indications pressantes que présentait le cas pour lequel ils étaient appelés, n'ont point été remplies; et ces indications nous paraissent de nature à faire taire toutes considérations. C'est bien dans des cas semblables qu'il faut se rappeler cette sentence : *occasio præceps*. On peut donc reprocher à MM. Brault leur inaction prolongée en attendant un médecin, qui n'arriva que pour être témoin de la mort de la victime. Cependant ces chirurgiens avaient parfaitement reconnu l'accident, et ils ne devaient point ignorer non plus combien le moindre retard aggravait l'état de la malade; que chaque minute perdue diminuait d'autant les chances de succès que pouvait présenter une prompte délivrance, qui, à l'arrivée de M. Haime, fut, par les trois consultants, jugée comme étant le seul moyen de salut : mais alors il était trop tard!

(1) Recueil périodique, t. VI, p. 452.

Du reste, dans ce cas, où les premiers principes de l'art ont été violés, nous trouvons, outre les signes ordinaires à cet accident, cette circonstance importante à noter pour le traitement, que, lorsque la malade prenait une position verticale, il s'écoulait par la vulve une plus grande quantité de sang et de sérosité.

Le lecteur aura remarqué sans doute que, dans le cas qui vient de nous occuper, il y avait en même temps rupture et du vagin et du col de la matrice. Il nous a paru rationnel de réunir ainsi les cas de cette espèce à ceux dans lesquels le vagin seul est déchiré. En effet, au moment de l'accouchement, il n'est pas toujours facile d'établir une limite exacte entre la cavité du col utérin et celle du vagin; de plus, et cette raison nous paraît sans réplique, ces deux espèces de rupture présentent les mêmes signes, les mêmes indications curatives et la même facilité pour les remplir; car les parties intéressées dans les ruptures du vagin et du col de la matrice ne se contractent point, comme on l'observe généralement (nous disons généralement parce que nous citerons plus tard quelques faits qui font exception) pour celle de la matrice; et c'est, ce nous semble, cette *contraction de la rupture* par suite de laquelle son étendue diminue, qui doit servir à établir la véritable distinction entre les ruptures du vagin et celles de l'utérus.

(*La suite à un des prochains numéros.*)

Emploi de l'oxi-phosphate de fer pour combattre le cancer;

Par M. Fuzet-Dupouget fils, D. M.
Inspecteur-adjoint des eaux Thermales de St-Laurent.

Les deux articles sur la nature et le traitement du cancer, par M. Godelle, insérés dans les numéros de la *Revue Médicale*, mai et juin 1836, m'ont suggéré l'idée ou plutôt m'ont rappelé le désir d'éveiller l'attention du public médical, sur un moyen préconisé il y a douze ou quinze ans contre le cancer, dans un journal anglais, le *Philosophical Magazin;* c'est l'oxi-phosphate de fer, que mon père, ancien médecin, a employé avec succès, et dont j'ai obtenu moi-même les plus heureux résultats, non comme moyen curatif, mais comme un palliatif puissant, qui calme les douleurs atroces que cause cette cruelle maladie, qui change l'aspect de l'ulcère, en lui donnant les caractères d'une plaie simple et en neutralisant la fétidité de la suppuration, qui devient louable. Dans cette maladie, où l'art reste impuissant, on est encore heureux de trouver un moyen de calmer les douleurs de ces malheureux voués à une mort certaine, en leur rendant la vie supportable, et c'est dans ce cas là qu'on peut appliquer l'axiome de Marc-Antoine Petit (Médecine du cœur, quatrième épître à Forlis sur la douleur): «Une douleur de moins est bien plus qu'un plaisir.»

J'eus l'honneur d'écrire en 1829 à M. Recamier à ce

sujet, il était alors un des directeurs de la *Revue Médicale* : il avait eu quelque bienveillance pour moi, et en m'honorant d'une réponse, il m'engagea à publier mes observations; mais le temps ne me permit pas de m'en occuper dans ce moment. Depuis lors, j'avais entièrement négligé cet objet, et, sans les considérations et réflexions que M. Godelle a publiées, je n'aurais pas eu l'honneur d'adresser mes observations à messieurs les rédacteurs de la *Revue Médicale*.

Avant de faire mention des cas, dans lesquels j'ai employé l'oxi-phosphate de fer, je vais indiquer la formule ou mode de préparation telle que la donne le *Philosophical Magazin* : « On dissout, dans suffisante quantité d'eau » distillée ou d'eau rose, demi-once de phosphate de soude; » d'un autre côté séparément on dissout, aussi dans suffi- » sante quantité d'eau distillée, demi-once de sulfate de » fer; on expose les deux dissolutions séparément au so- » leil ou au bain de sable, jusqu'au moment où la solu- » tion de sulfate de fer a acquis une couleur rousse de » vin de Madère; alors on fait chauffer au feu la dissolution » de phosphate de soude : lorsqu'elle est un peu chaude, » on verse peu à-peu et en même temps les deux dissolu- » tions dans un même vase; il se forme un précipité flo- » conneux; on laisse reposer pendant un quart-d'heure, » on filtre alors au papier Joseph; le résidu ou précipité » qu'on recueille sur le papier doit être lavé deux fois à » l'eau distillée; on filtre de nouveau, et le dépôt qui reste » sur le filtre est l'oxi-phosphate qu'on fait sécher à l'om- » bre pour être employé. »

« L'eau distillée qui a servi à laver l'oxi-phosphate de

» fer, doit être conservée pour faire des lotions sur les ul-
» cères cancéreux.»

Obs. I. — Gandiol, boulanger, âgé de trente-un ans, de la ville de Joyeuse, arrondissement de Largentière, d'un tempérament sanguin bilieux, d'une forte constitution, avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juin 1823. A cette époque, il ressentit à la lèvre inférieure, vers la partie moyenne du bord libre, une assez vive douleur, avec un sentiment de chaleur qui diminuait par intervalle; les lotions ou applications d'eau froide calmaient presque subitement cette douleur les premiers jours, mais peu à peu elle devint lancinante; il se forma au bout de deux mois un engorgement dur de la grosseur d'un pois, qui devint douloureux à la moindre pression, la couleur de la peau changea et se colora en rouge violet; quelques jours après la lèvre se gerça et il se forma un petit ulcère qui fit beaucoup souffrir le malade. Alors, pour la première fois, Gandiol consulta M. Pavin, doyen des médecins du département, praticien très-distingué, qui déclara la maladie cancéreuse, et que l'opération était le seul remède; le malade me fut adressé par M. le docteur Pavin, mais il se livra à un charlatan, qui cautérisa plusieurs fois la partie affectée avec le sulfate de fer ou celui de cuivre; l'ulcère augmenta beaucoup et les douleurs devinrent très-vives sous l'influence du caustique.

Le 8 octobre 1823, je vis pour la première fois Gandiol; l'ulcère de la lèvre inférieure avait l'étendue d'une pièce d'un franc, de couleur grisâtre, les bords en étaient renversés et durs; la suppuration était échoreuse et roussâtre, répandant une odeur fétide; on observait de la dureté dans l'étendue d'un demi-pouce autour de l'ulcère, et la

peau était légèrement violacée; il n'y avait que peu de fièvre, les douleurs étaient devenues insupportables; aussi j'eus peu de peine à décider le malade à se laisser opérer, ce qui fut exécuté le lendemain : mais je ne pus enlever la dernière aiguille qui servait à la suture que le huitième jour, attendu que la réunion se fit difficilement; cependant Gandiol était remis le douzième ou quinzième jour.

La portion de la lèvre enlevée était dure, de consistance lardacée et avait une couleur grisâtre; elle était composée de petites granulations tuberculeuses, toujours de la même couleur. Je conseillai au malade un cautère, l'usage interne de l'extrait de ciguë et la cessation de son métier de boulanger, présumant que l'ardeur du feu du four pourrait faire reparaître la maladie; mais rien ne fut exécuté, et Gandiol jouit pendant un an d'une bonne santé. En octobre 1824, il éprouva une suppression de transpiration, les glandes maxillaires et cervicales du côté gauche s'engorgèrent considérablement et devinrent le siége de douleurs supportables dès le principe, mais qui augmentèrent avec intensité; on appliqua des sangsues, des cataplasmes émollients et narcotiques, rien ne put les calmer; la peau devint violette, s'amincit et finit par s'ulcérer; je fus appelé à cette époque, et je trouvai le malade réduit au désespoir par les douleurs continuelles qu'il éprouvait : les glandes du cou toutes agglomérées présentaient une tumeur bosselée, parsemée de veines bleuâtres et étant du volume de la tête d'un jeune enfant. Trois ulcères profonds à bords renversés, grisâtres, et donnant issue à une matière purulente infecte d'un jaune vert et peu consistant, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'un nouveau cancer; la fièvre existait, le teint était terreux et

jaunâtre, la langue sale, la déglutition se faisait avec difficulté, il y avait une constipation opiniâtre.

Le cas était trop grave pour penser à l'opération; j'en parlai à mon père, qui m'engagea à employer à l'intérieur et à l'extérieur l'oxi-phosphate de fer, dont il avait eu à se louer dans le traitement d'un cancer au sein chez une dame de Largentière; il était parvenu à faire cesser entièrement les douleurs, et à détruire ou neutraliser la mauvaise odeur que répandait la suppuration provenant de l'ulcère cancéreux. Je suivis l'avis de mon père, et je mis mon malade à l'usage de l'oxi-phosphate de fer, à la dose de trois grains trois fois par jour; je fis faire sur l'ulcère des lotions et des applications avec l'eau qui avait servi à laver l'oxi-phosphate. Au bout de trois jours il y avait une grande diminution dans les douleurs; l'aspect de l'ulcère avait changé: il était rouge et détergé; l'odeur qu'il répandait était nulle; le malade avait reposé deux ou trois heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours; la fièvre avait un peu diminué; la dose de l'oxi-phosphate de fer fut augmentée graduellement jusqu'à dix grains trois fois par jour. L'amélioration se prononça d'une manière si rapide, que j'eus l'espoir de sauver mon malade; il dormait bien, ne souffrait plus que de la gêne que lui occasionait le volume de la tumeur, qui elle-même diminua d'un tiers. Pendant deux jours il ne prit pas l'oxi-phosphate, et les douleurs recommencèrent; mais ayant continué son usage, elles disparurent de nouveau; l'ulcère s'agrandit, la suppuration devint plus abondante, et finit par épuiser le malade, qui périt dans un état de marasme; mais il ne ressentit plus ses douleurs. Tous les accidents qui se présentèrent furent combattus

par les moyens appropriés, sans cesser l'usage de l'oxiphosphate; car si nous le suspendions ou que nous en diminuions les doses, dès-lors les douleurs se réveillaient. Pour compléter mon observation, il aurait fallu faire l'examen de la tumeur et l'ouverture du cadavre; mais on obtient, dans la pratique de ce pays-ci, rarement cet avantage: au reste, je pense qu'il ne peut rester aucun doute sur la nature de cette maladie, qui a présenté tous les caractères d'une affection cancéreuse.

Obs. II. La femme Sévénier, de Labaume, canton de Joyeuse, issue de parents sains et robustes, d'un tempérament sanguin et nerveux, d'un embonpoint ordinaire, réglée à 18 ou 19 ans, mariée à 28, n'ayant jamais eu d'enfants, n'avait éprouvé aucun dérangement dans le flux menstruel jusqu'à l'âge de 45 ans, époque où elle a cessé d'être réglée sans aucun accident.

La femme Sévénier a éprouvé de vives peines morales, des frayeurs surtout qui ont singulièrement irrité le système nerveux. Quatre mois après la cessation des règles, la malade s'aperçut d'un engorgement légèrement douloureux, de la grosseur d'une petite noisette, situé dans le sein gauche, un peu au-dessus du mamelon. Ce petit corps glanduleux sembla rester stationnaire pendant deux ans; à cette époque il acquit graduellement la grosseur d'un œuf de poule; il devint douloureux, mais seulement à la pression; enfin, le volume et la douleur augmentant progressivement, l'appétit disparut, la fièvre s'alluma, la tumeur devint d'un rouge violet, la peau s'amincit; il existait une constipation opiniâtre, et pour la première fois on réclama les secours de l'art: on prescrivit des moyens internes qui rétablirent un peu les fonctions di-

gestives. Des frictions avec l'huile de jusquiame furent faites sur la tumeur du sein; elles calmèrent un peu les douleurs, mais elle se réveillèrent bientôt avec plus de force: il se forma deux petits boutons sur l'engorgement du sein, qui s'ouvrirent et formèrent par leur réunion un ulcère qui s'accrut bientôt et qui fut combattu par l'application de la pulpe de racine jaune ou carotte (*daucus*) et par l'emploi intérieurement des pilules d'extrait de ciguë. Un mois après on me pria de voir la malade pour la première fois; je la trouvai très-maigre, le teint jaunepaille, la fièvre assez intense, l'engorgement du sein de la grosseur d'un œuf d'oie, tout le sein et la tumeur recouverts de veines bleuâtres, et offrant à l'exploration une dureté excessive; il existait un ulcère de la grandeur d'une pièce de deux francs, dont le fond était d'un gris cendré, à bords renversés et donnant un peu de suppuration d'un roux jaunâtre, ayant une très-mauvaise odeur; les douleurs étaient intolérables; il n'y avait pas eu de sommeil depuis douze ou quinze jours, malgré l'emploi de l'opium. Je prescrivis l'oxi-phosphate de fer trois fois par jour, à la dose de trois grains chaque fois. On appliqua constamment sur l'ulcère des compresses imbibées avec l'eau d'oxi-phosphate de fer; on donna des lavements, une tisane calmante, et trois jours après, l'amélioration avait commencé, les douleurs avaient presque disparu; il y avait eu un peu de sommeil, l'ulcère s'était détergé et ne répandait plus aucune mauvaise odeur; j'augmentai la dose d'oxi-phosphate de fer et je l'ai portée graduellement à dix grains trois fois par jour. Le sommeil revint très-bien, la fièvre disparut, l'appétit se fit sentir, l'ulcère resta stationnaire, mais il présenta toujours un aspect sa-

tisfaisant; cet état dura dix mois, au bout desquels la malade s'éteignit sans aucune souffrance, continuant toujours l'usage de l'oxi-phosphate intérieurement et à l'extérieur; elle en diminuait ou en augmentait la dose, mais ne passait pas de jours sans en prendre.

Obs. III.— Madame P,....., commune de Berias, canton des Vans, âgée environ de 43 ans, bien réglée, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, mère de dix enfants qu'elle a nourris, s'aperçut, il y a 14 ans, en allaitant son septième enfant, qu'il existait, à la partie supérieure du sein gauche une glande dure de la grosseur d'une noisette; mais n'étant pas douloureuse, elle négligea d'y rien faire. Elle eut trois autres enfants depuis, et s'aperçut toujours, durant ses grossesses, que la glande augmentait de volume pour diminuer ensuite un peu pendant l'allaitement; mais cependant elle ne revenait jamais à son état primitif, et après avoir sevré ses enfants elle avait acquis toujours un peu plus de grosseur, puisqu'après avoir sevré son dixième enfant elle avait acquis le volume d'une pomme d'api. Elle se contenta d'y tenir du coton cardé; du reste elle ne souffrait nullement jusqu'au 25 octobre 1828, époque à laquelle la malade éprouva, sans cause appréciable, une suppression des règles qui dura trois mois; alors il se manifesta une douleur légère dans la glande, qui ne tarda pas à devenir plus forte; alors la glande se tuméfia, la peau devint violacée, les veines s'engorgèrent et se dessinèrent sous la peau, la dureté augmenta, il y eut insomnie, perte d'appétit; la malade combattit ces accidents par des demi-bains, un régime rafraîchissant, des applications émollientes sur le sein, ce qui calma un peu les douleurs, mais ne les fit pas

entièrement disparaître. Je fus consulté à cette époque pour l'aménorrhée seulement, car on ne me dit rien de l'engorgement glanduleux; je prescrivis des bains de jambes, et l'application des sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses, ce qui fit reparaître les menstrues, et dès-lors la malade se trouva beaucoup mieux. A cette époque l'engorgement glanduleux avait acquis le volume d'un œuf de dinde et paraissait divisé en trois bosselures, la peau qui la recouvrait était bleuâtre et très-amincie. En septembre 1829, nouvelle suppression des menstrues, renouvellement des douleurs, qui n'avaient pas entièrement cessé. Le 4 octobre il se manifesta spontanément une métrorrhagie abondante qui soulagea la malade pour huit ou dix jours; mais au bout de ce temps les élancements se manifestèrent avec force dans tout le sein gauche, mais principalement dans la glande engorgée. Je fus appelé à cette époque et je constatai l'état que j'ai décrit plus haut: le pouls était fébrile, un peu dur, la métrorrhagie n'avait duré que trois jours; je fis couvrir tout le sein d'un cataplasme narcotique et émollient; on appliqua des sangsues autour du sein, assez éloignées de la glande engorgée, craignant que, si elles mordaient sur cette partie, il ne se formât un ulcère à chaque morsure. Un traitement calmant et rafraîchissant fut prescrit et procura un peu d'amendement. Je proposai l'extirpation de la glande, mais la malade s'y refusa; l'inflammation n'existant pas, j'essayai la compression d'après la méthode de M. Récamier; j'eus soin d'appliquer avec toutes les précautions possibles les disques ou rondelles d'agaric, ainsi que le bandage qui me parut réunir toutes les conditions voulues par son auteur, mais la malade ne put le supporter; je fis une

nouvelle application de la compression, qui ne fut pas mieux tolérée : je l'abandonnai et j'en revins pendant cinq ou six jours aux cataplasmes narcotiques. Au bout de ce temps-là, il se forma, au sommet de la glande, un petit bouton qui s'abcéda et dégénéra en ulcère qui s'étendit bientôt, et avait acquis, huit jours après, la grandeur d'une pièce de deux francs; les bords en étaient renversés, la surface grisâtre donnait issue à une matière d'un jaune brun d'une odeur infecte. C'est à cette époque que je mis la malade à l'usage de l'oxi-phosphate de fer intérieurement et extérieurement, comme dans les deux observations précédentes; le soulagement fut prompt, les douleurs, qui étaient très-vives, disparurent presqu'entièrement dès le second jour; la fièvre disparut aussi au bout de quatre jours; l'appétit revint; le teint, qui était terreux et jaunâtre, reprit son coloris; l'ulcère se détergea, peu à peu il fut d'un rouge naturel, et des bourgeons d'un bon caractère se montrèrent sur toute sa surface; mais pendant un mois et demi l'état de madame P..... resta stationnaire, malgré la continuation des mêmes moyens dont j'avais augmenté la dose; je fis ajouter à l'eau d'oxi-phosphate de fer un peu de chlorure de calcium. L'ulcère sembla se resserrer un peu; les bords même ne présentèrent plus ce renversement dès le quatrième jour que nous eûmes associé le chlorure à l'eau d'oxi-phosphate, et dix jours après la glande avait considérablement diminué, l'ulcère n'avait plus l'étendue que d'une pièce de cinquante centimes, et j'avais l'espoir de guérir cette malade; mais on lui conseilla de consulter un autre médecin, qui fit suspendre ce traitement, ordonna l'application, sur le sein, de la carotte jaune rapée, l'u-

sage du suc de cette racine intérieurement et un régime doux. Ce traitement fut suivi pendant deux mois, et l'état de madame P..... empira. Je fus rappelé alors; l'ulcère s'était prodigieusement accru et avait envahi presque toute la glande; il avait trois pouces de diamètre et avait un aspect affreux; il répandait une odeur insupportable, non-seulement à la malade, mais il incommodait les assistants; la fièvre était revenue, le teint terreux, l'amaigrissement et le dégoût ou défaut d'appétit existaient de nouveau. Je remis la consultante à l'usage des mêmes moyens que la première fois, qui me réussirent de même. Au bout de huit jours la principale glande (car il en était survenu cinq ou six depuis deux mois) sembla se détacher et je pus en faire l'énucléation avec facilité et sans beaucoup de douleurs; j'en fis l'examen et je la trouvai composée d'une substance lardacée grisâtre et dure; le fond de l'ulcère, qui avait près de deux pouces de profondeur, se détergea et prit un bon aspect; cependant la fièvre n'avait pas entièrement cessé, les sueurs nocturnes se déclarèrent et ne purent être arrêtées, la suppuration augmenta, mais les douleurs ne reparurent plus; enfin, la malade succomba quatre mois après, mais sans souffrances.

J'aurais pu citer encore plusieurs autres observations afin de constater le succès qu'on peut attendre de l'emploi de l'oxi-phosphate de fer pour combattre les affections cancéreuses, mais je n'aurais fait que me répéter. Je ne doute pas que dans les hôpitaux, où l'on est sûr qu'on exécute parfaitement les prescriptions des médecins, on ne puisse obtenir des succès plus brillants avec ce moyen thérapeutique. Je me croirai heureux si, en réveillant l'at-

tention des praticiens sur un moyen aussi précieux, déjà connu depuis plusieurs années et laissé dans l'oubli, je puis engager quelques confrères à en faire l'essai, espérant que les sujets chez qui on en fera usage obtiendront une amélioration bien marquée.

OBSERVATION

Sur un accouchement remarquable par sa marche et par les effets du seigle ergoté;

Par le docteur RONZEL PÈRE,

Médecin à Saint-Étienne-aux-Claux (Corrèze).

Marie-Anne Robière, âgée de 20 ans, d'une petite taille, mais bien constituée, enceinte pour la première fois, était parvenue au terme de l'accouchement sans accidents et sans incommodités. Quelques douleurs plus ou moins tumultueuses et passagères s'étaient déclarées depuis quatre jours. Appelé le 29 mars dernier vers le soir, je voulus m'assurer de l'état des choses, quoique rien ne pût me faire présumer un accouchement prochain. Le ventre était dévié à droite; l'orifice de la matrice était dilaté de la largeur d'une pièce de trois francs, dirigé à gauche au fond du vagin et fortement en arrière, dans un état de souplesse qui faisait bien augurer du travail; la poche des eaux le couvrait tout entier et à travers on sentait une dureté que je pris avec raison pour la tête. Les douleurs étant tout-à-fait passagères, je me retirai, annonçant que l'accouchement était encore éloigné.

La nuit fut assez tranquille ; le lendemain matin, 30 mars, les choses étaient toujours dans le même état. La journée tout entière se passa de même ainsi que la nuit et le jour suivant.

Le vendredi premier avril, vers les dix heures du matin, une douleur forte rompit la poche des eaux et il s'en écoula une quantité prodigieuse. Les douleurs qui venaient auparavant de loin en loin et par bouffées, cessèrent entièrement après cette évacuation, la malade fut tranquille toute la journée.

Dans ma visite du soir, je trouvai l'orifice de la matrice tout-à-fait en arrière et à gauche, ni plus ni moins dilaté que la veille : je le ramenai vers le pubis avec le doigt index; je voulus le maintenir quelques moments dans cette position, croyant réveiller les douleurs en agaçant l'utérus, mais en vain, on aurait cru que la matrice était dans un état d'inertie depuis l'évacuation subite des eaux.

Plus tard, ayant visité la malade, je trouvai toujours les choses dans le même état; point de douleurs, la matrice était contractée sur l'enfant, qui ne faisait plus de mouvements. L'orifice était toujours en arrière et à gauche, je le ramenai une seconde fois vers le pubis où je le maintins assez long-temps, cherchant à exciter les douleurs par des frictions sur le ventre et par quelques cuillerées de vin que je faisais prendre à la malade : je ne fus pas plus heureux. L'accouchement n'avançait pas du tout, la tête de l'enfant était toujours au-dessus du détroit supérieur, assez serrée par la matrice, toujours déviée à droite, malgré la précaution que j'avais eu de faire coucher la malade sur le côté gauche; je vis alors la nécessité

de recourir au seigle ergoté, j'en fis prendre à la fois un gros délayé dans un peu de bouillon.

La poudre obstétricale produisit l'effet le plus prompt et le plus actif. Les douleurs devinrent presque continuelles, tumultueuses, et tout-à-fait irrégulières; la malade s'agitait en tout sens; la tête de l'enfant plongeait dans le bassin; l'orifice de la matrice était suffisamment redressé et bien dilaté, tout annonçait un accouchement peu éloigné; il n'en fut pas ainsi, ce précieux travail fut brusquement suspendu par une faiblesse, la malade pâlit et devint tout-à-fait faible; on sentait à peine un léger frémissement dans le pouls, les yeux étaient renversés et immobiles, toute la famille et les assistants étaient consternés, je n'étais pas sans embarras ni sans crainte, je pensai bien vite au forceps, mais je ne l'avais pas sous la main et la crainte de voir mourir la malade entre mes mains m'aurait retenu; je fis tous mes efforts pour la ranimer et j'y parvins au bout de demi-heure seulement. Les douleurs se rétablirent peu à peu et furent plus régulières qu'elles n'avaient été jusqu'alors mais pas fortes; elles persistèrent depuis minuit jusque sur les trois heures : la tête, dans une bonne position, plongeait au fond du bassin; l'orifice de la matrice, souple et entièrement dilaté, était tout-à-fait redressé. On ne s'apercevait plus de l'obliquité de la matrice, tout annonçait un accouchement prochain; mais bientôt, sans cause connue, plus de douleurs, plus de progrès dans le travail, excepté ceux bien médiocres que la malade obtenait par ses efforts.

Je revins à la poudre obstétricale, j'en fis prendre cette fois un demi-gros, effet absolument nul; cependant, la tête paraissait à la vulve et poussait le périnée. Les efforts

de la malade produisaient toujours quelque petit effet, je croyais terminer l'accouchement sans violence : vain espoir, la malade épuisée ne peut plus pousser, la matrice est molle et dans un état d'inertie. J'hasarde encore un gros de seigle ergoté qui ne produit aucun effet ni sur la matrice ni sur la malade; je donne des cordiaux, je fais faire des frictions sur le ventre, tout est inutile; le travail est entièrement suspendu, la malade est sans force comme sans souffrance; cette fois je n'hésite plus, je propose l'application du forceps, qu'on ne connaît guère dans les campagnes; on me fait quelques difficultés, mais on cède à mes observations lorsque je parle du danger que court la malade. L'application de l'instrument est faite dans quelques minutes, et l'accouchement terminé, l'enfant était volumineux et mort, sans doute, depuis l'évacuation subite des eaux qui avait eu lieu quatre à cinq jours auparavant, l'épiderme se détachait de tous côtés et tout le corps était de couleur violacée.

Il n'y eut point de perte après l'accouchement; la matrice étant toujours molle, je ne me pressais point d'opérer la délivrance, je fis faire des frictions sur le ventre, je rassurai la malade, lui fis prendre du bon bouillon et lui donnai tous les secours que sa position demandait, je pus la délivrer demi-heure après, la matrice était contractée au point qu'il fallut extraire le placenta avec la main, il y avait déjà un commencement de chatonnement.

Les suites de cet accouchement ont été un peu longues, les forces sont revenues bien lentement, il y a eu écoulement involontaire des urines une quinzaine de jours; les lochies coulaient peu; une toux catarrhale qui survint entretenait l'écoulement involontaire des urines, et n'a

pas peu contribué à retarder la convalescence qui cependant a été complète au bout de six semaines.

Réflexions. — Cet accouchement, quoique naturel, donne lieu à plusieurs réflexions ; et d'abord quelle était la cause qui rendait les douleurs si éloignées et si tumultueuses durant plusieurs jours? il est difficile de rendre raison de ce fait, à moins qu'on ne l'attribue à l'obliquité de la matrice; mais cette obliquité est si fréquente, sans produire le même résultat, que l'on ne peut trop la regarder comme cause de la lenteur du travail; l'on ne peut pas non plus l'attribuer à la mort de l'enfant, puisqu'il a donné des signes de vie jusqu'au moment de l'évacuation abondante et subite des eaux.

Cette évacuation subite et prématurée des eaux est assez souvent suivie d'une suspension du travail dans les accouchements; mais cette suspension, qui est presque toujours immédiate, dure peu de temps pour l'ordinaire; les douleurs ne tardent pas à revenir, elles deviennent même d'autant plus opiniâtres que la matrice est appliquée sur un corps dur qui l'irrite et qui devient passif, retenu dans ses mouvements par le resserrement qu'il éprouve.

Il paraît certain que la mort de l'enfant a eu lieu après l'ouverture de la poche des eaux ou peu de temps après. Avant ce moment, il donnait des signes de vie et faisait ses mouvements ordinaires; cependant, la tête était encore au-dessus du détroit supérieur; elle n'était pas fortement serrée; le cordon ombilical ne paraissant point à la vulve ni dans l'intérieur du vagin, ne pouvait être comprimé, et si l'on voit quelquefois périr les enfants lorsque la tête demeure assez long-temps arrêtée au détroit inférieur, il est rare de voir cet accident tant qu'elle n'est pas engagée;

on pourrait donc croire que la mort a été l'effet de la compression forte et permanente de la matrice sur l'enfant, empêché dans ses mouvements et asphyxié peut-être par cette compression.

Les effets du seigle ergoté n'ont pas été douteux dans cette circonstance. La dose d'un gros que j'ai administrée en une fois, a produit momentanément, après plusieurs jours de ralentissement, les douleurs les plus fortes et les plus irrégulières; l'accouchement marchait assez rapidement et aurait été terminé en peu de temps sans doute, sans l'obliquité de la matrice qui le rend presque toujours plus pénible et plus long.

La dose d'un gros de seigle ergoté en une fois est forte; mais la durée de l'accouchement et la cessation complète des douleurs depuis plusieurs jours m'autorisaient à agir vigoureusement; j'ai presque toujours donné la poudre obstétricale à la même dose et beaucoup d'accoucheurs en ont fait de même sans obtenir des résultats si décidés.

Une grande faiblesse est survenue après quelques heures du meilleur travail; était-elle l'effet de la violence de ce travail, déterminé par le seigle ergoté? on peut le croire, et une dose plus minime n'aurait peut-être pas été suivie de cet accident, à moins qu'on ne l'attribue à l'épuisement de la malade, occasioné par la durée de l'accouchement. Devais-je le terminer par le forceps durant cette faiblesse qui a duré plus de demi-heure? un accoucheur hardi l'aurait peut-être fait, et je l'aurais fait moi-même si je l'avais eu sous la main; mais que d'obstacles aurais-je éprouvé de la part des parents dans un moment si critique; ensuite on est toujours disposé à secourir, à ranimer la malade en pareille circonstance, dans la

croyance de terminer l'accouchement plus heureusement et la crainte de la voir mourir durant l'opération.

Les douleurs se sont rétablies après la faiblesse; elles ont été moins fortes à la vérité, mais plus régulières; elles se sont suspendues de nouveau, après trois heures de durée, au moment où l'occiput paraissait à la vulve et où l'accouchement était prêt à se terminer. Les cordiaux, les frictions sur l'abdomen, un demi-gros de seigle ergoté, ont été employés simultanément sans effet; un gros de la même poudre, administré un peu plus tard, n'a rien produit non plus ou plutôt n'a produit qu'un effet stupéfiant, j'ai reconnu alors la nécessité de terminer l'accouchement; j'ai appliqué le forceps et sans peine ni violence j'ai délivré la malade.

L'écoulement involontaire des urines, après la délivrance, était, sans doute, l'effet du séjour prolongé de la tête de l'enfant sur la marge du bassin, et de la compression qu'elle avait exercée sur le col de la vessie. On peut présumer aussi qu'il a pu être l'effet de l'application du forceps, quoique cette application ait été faite sans peine.

On voit, dans cette observation, les effets très-actifs et très-prompts du seigle ergoté donné à forte dose; on voit aussi ses effets devenir impuissants et nuls lorsqu'il a produit son excitation; peut-être est-il plus prudent de le donner à doses fractionnées et répétées selon le besoin. On voit encore que ce remède ne produit aucun mauvais effet sur l'estomac et les intestins, et on doit le regarder comme très-utile dans la pratique des accouchements; mais on ne doit pas en abuser.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

De la lithotripsie, par M. Leroy D'Etiolles. — 1 vol. in-8°. Paris 1836.

Le nouvel ouvrage de M. Leroy a pour but principal d'exposer ce que l'expérience a fait de 1825 à 1835 pour le perfectionnement d'une science qui peut dès à présent être considérée comme l'émule de la lithotomie. M. Leroy est un de ceux qui ont le plus contribué aux progrès de cette branche de la chirurgie, tant par ses inventions ingénieuses et les modifications qu'il a fait subir aux instruments déjà inventés, que par les observations nombreuses qu'il a pu recueillir. Nous insisterons particulièrement sur les inventions de ce chirurgien et sur les caractères principaux de sa pratique.

Un premier mémoire traite de l'opération du broiement appliquée aux calculs existants avec une rétention d'urine. La rétention d'urine rend plus longue l'opération du broiement, mais elle ne la rend pas plus difficile. L'état de distension habituelle de la vessie permet de développer les instruments lithotriteurs avec aisance; seulement, la poudre et les fragments de calculs ne peuvent être expulsés comme dans les circonstances ordinaires : il faut en déterminer artificiellement la sortie.

A cet effet, M. Leroy emploie une sonde dite évacuatrice, elle est pourvue d'yeux largement ouverts, elle est susceptible de recevoir un mandrin particulier avec lequel on peut couper et briser au niveau des yeux les fragments de calculs qui s'y engagent et font saillie en dedans et en dehors de la sonde. Elle diffère de la sonde de M. Heurteloup par les brisans du mandrin disposé sur les quatre côtés de la tige, celle de M. Heurteloup n'ayant qu'une série de brisures, et par l'absence d'un robinet pour retenir l'injection.

Les sondes de gomme élastique, dont ces malades sont obligés de faire usage pour leur rétention, suffisent quelquefois pour donner issue aux fragments, d'autant plus facilement que le mandrin brisé de M. Leroy peut être introduit dans leur cavité.

Mais un résultat que l'on obtient souvent de la lithotritie, c'est la guérison de la rétention, tout aussi bien que de l'affection calculeuse, et cette guérison est due pour les uns à une paralysie de la vessie dont l'action a été réveillée par l'introduction des instruments lithotriptiques, pour les autres, et M. Leroy est de ce nombre, à la dépression par la sonde du lobe moyen de la prostate. M. Leroy cite des observations à l'appui de cette opinion.

La position du malade qui doit subir la lithotripsie varie : il peut être placé suivant la longueur du lit ; suivant la diagonale, la jambe droite reposant sur une chaise ; en travers du lit, les pieds portant sur deux chaises ; sur des lits inventés pour la lithotritie. M. Leroy donne en général la préférence à la position suivant la diagonale, la jambe droite sur une chaise. Le chirurgien se place entre les jambes écartées. Mais il regarde le lit opératoire

de M. Heurteloup comme augmentant les chances de succès de l'opération, parce qu'il place de prime-abord et sans tatonnement le malade dans la position la plus favorable à la généralité des cas, et qu'il donne à l'opérateur plus d'aisance et de sûreté; mais il ne le regarde pas comme indispensable; seulement, afin de le rendre plus portatif, M. Leroy a placé une brisure aux pieds de devant, une autre brisure à la longue portion du triangle, près de son union avec la portion horizontale, et il a fait joindre cette longue branche à la branche verticale par une mortaise en fer et un crampon. Pour obvier au grand inconvénient d'être d'un transport difficile et souvent même impossible, M. Leroy, dans le but de transformer une table ordinaire en un lit opératoire, a imaginé trois étaux s'adaptant sur le bout d'une table longue, deux de ces étaux remplissent les fonctions de porte-semelle, le troisième est destiné à recevoir le point fixe.

M. Leroy a simplifié l'archet, en plaçant à l'extrémité du manche un écrou portant une vis, à l'aide de laquelle on peut varier la tension de la corde. Il blâme l'usage de confier à une force aveugle, comme celle d'un ressort, le soin de pousser le foret et de le faire avancer dans la pierre. Il en rejette l'usage. Il a proposé en 1830 à l'Institut un support à main dont il se sert lorsqu'il ne fait pas usage du point fixe; il en donne la figure et la description. Le support fixe qu'il emploie est celui de M. Heurteloup: il faut remarquer que plus il est fixé d'une manière solide, moins le malade éprouve de douleurs. Il l'a employé fréquemment, mais avec circonspection. Dans un cas dont il rapporte l'observation, il eut à regretter d'en avoir fait usage. La pierre venait d'être perforée

et écrasée, lorsque le malade fit tout-à-coup un mouvement en arrière brusque et assez étendu; l'instrument retenu par l'étau ne put suivre ce mouvement, et la portion qui se trouvait dans la vessie fut ramenée dans l'urètre, ainsi que le calcul saisi. L'étau à main n'aurait pas mis à l'abri d'un pareil accident; pour le prévenir chez les individus très-irritables, et dont la vessie est fort contractile, M. Leroy ne manque pas, lorsqu'il fait usage de l'archet, de faire maintenir l'instrument par l'étau à main, et de mettre au moyen d'un bandage de corps et d'un sous-cuisse les mouvements de l'aide en harmonie avec ceux que le malade pourrait faire.

Pour explorer la vessie, M. Leroy donne la préférence à l'opinion de Tolet, il pense que pour pratiquer convenablement le cathétérisme explorateur, la courbure de l'algalie doit être courte et brusque. La courbure, selon lui, doit être suivant un angle de 45°, la longueur de la partie courbée ne doit pas dépasser 17 à 18 lignes.

Outre cette courbure particulière, il a ajouté à sa sonde deux autres dispositions moins indispensables : 1° un robinet, pour retenir le liquide à volonté; 2° une boîte à liége pour recevoir la canule de la seringue.

Du reste, M. Leroy signale toutes les difficultés que le cathétérisme peut présenter, il cite des observations empruntées à différents auteurs, et ne rejette aucune des méthodes du cathétérisme, lorsqu'il faut constater la présence d'un corps et couper dans la vessie; mais un moyen qui lui a souvent réussi pour découvrir un calcul, a été une sonde de gomme élastique terminée à son extrémité par un bout d'argent, et dans laquelle il introduit à volonté une tige métallique articulée. Il n'est pas partisan de

l'exploration de la vessie avec la pince à trois branches, ni de l'exploration trop prolongée : il en a vu naître des accidents. Chez la femme la sonde ordinaire d'homme lui a quelquefois donné des résultats meilleurs que tout autre moyen.

Nous ne devons pas passer sous silence l'instrument que M. Leroy a inventé pour mesurer le volume des calculs et avec lequel il a pu les mesurer d'une manière presque mathématique. Cet instrument, représenté dans l'ouvrage de M. Leroy, est formé de deux branches métalliques : l'une plus courte est un tube recourbé comme une sonde ordinaire lequel reçoit dans sa cavité l'autre branche plus longue. Il ne faut pas négliger les moyens de reconnaître la forme des calculs, si cela est possible, car M. Leroy fait remarquer que la percuteur courbe est préférable à tout autre instrument lithotribe, lorsque le calcul est aplati, que la dureté excessive d'un calcul est une condition défavorable à la lithotripsie. Il en cite des observations empruntées à sa pratique, à celle de M. Civiale, etc. Il n'ajoute pas une grande confiance aux instruments inventés pour soulever le bas-fond de la vessie, il aime mieux avoir recours au changement de position du malade.

L'hypertrophie et l'irritabilité de la vessie sont les obstacles les plus fréquents que la lithotripsie rencontre : souvent la plus petite injection nécessaire pour l'opération ne peut être supportée. M. Leroy a obtenu, comme M. Heurteloup, contre l'irritabilité, de bons effets des narcotiques employés à hautes doses. Il prouve par des observations qu'il est possible de broyer un calcul avec avantage dans des circonstances qui paraissent contr'indiquer

le broiement, tels que la paralysie de vessie, le catarrhe; les fongus de la vessie ne lui paraissent pas un empêchement absolu; de même, que la lithotripsie peut aussi trouver son application dans le cas de cancer, pour calmer des souffrances excessives. Quant aux ulcérations plus ou moins étendues de la vessie, elles contr'indiquent le broiement.

L'état de la prostate a une influence très-grande sur la lithotripsie. Son gonflement rend plus difficile la découverte de la pierre, l'action de la saisir outre la rétention d'urine; elle empêche souvent la sortie des détritus de calculs; mais, si cet état de la prostate est important à connaître pour la lithotripsie avec des instruments droits, il n'en est plus de même pour cette opération pratiquée avec les instruments courbes et le percuteur. Aussi, M. Leroy n'emploie-t-il plus guère la dépression de la prostate gonflée que comme un des moyens curatifs de la rétention d'urine, et, pour arriver à ce but, il emploie une sonde de gomme élastique qu'il redresse à volonté, à l'aide d'un mandrin, composé d'une série de petites pièces articulées par tenons et mortaises que l'on fléchit plus ou moins les uns sur les autres à l'aide d'une tige particulière portant un écrou. Le ressort de montre de M. Tanchou est trop élastique, il n'offre pas assez de résistance.

L'état de l'urètre est utile à connaître; des tumeurs de différentes natures peuvent changer sa direction et mettre obstacle à l'introduction des instruments lithotribes droits ou courbes.

Si un calcul s'est engagé dans l'urètre depuis peu de temps, M. Leroy dit que l'on parvient facilement à l'extraire ou à le repousser dans la vessie; mais si, par son sé-

jour prolongé, son volume s'est accru, il a reconnu qu'il devenait nécessaire de le briser, ou de l'extraire au moyen d'une boutonnière urétrale. Il préfère celle-ci à la lithotripsie urétrale, lorsque le calcul est placé au-delà de la portion spongieuse; pour extraire le calcul par l'urètre, il emploie une curette articulée à son extrémité, il l'introduit droite au-delà du calcul, puis recourbe son extrémité, afin d'accrocher le corps étranger.

S'il existe un rétrécissement, M. Leroy préfère à tous les moyens la dilatation simple, pratiquée à l'aide de bougies qu'on laisse chaque jour dans l'urètre pendant une heure ou deux; mais il regarde comme imprudent de dilater l'urètre au-delà de sa capacité naturelle. Il ne partage pas les opinions exagérées en sens inverse de MM. Amussat et Civiale sur le spasme urétral.

M. Leroy consacre un chapitre et un grand tableau à l'histoire de la lithotripsie. Il rectifie quelques erreurs commises dans d'autres ouvrages et relatives à l'antériorité sur beaucoup de points. La part de chacun y est faite avec équité. Albucasis, Sanctorius, Gruithuisen, etc., sont cités de manière qu'on doit les regarder comme ayant les premiers traité de la possibilité de broyer des calculs dans la vessie avec des instruments droits ou courbes. A compter de 1822, on crut que toute la question se trouvait dans la possibilité d'introduire des instrumens droits dans la vessie. Alors, et successivement, M. Amussat démontra par l'anatomie la possibilité du cathétérisme urétral avec des sondes droites; M. Leroy imagina et fit exécuter des instruments droits propres à pratiquer rationnellement cette opération. De son côté, M. Civiale se hâta de pra-

tiquer la lithotripsie sur l'homme vivant avec des instruments droits.

En un mot, on pourrait dire que la lithotripsie venait d'être découverte, je ne sais comment; que MM. Amussat, Leroy et Civiale, émules sur ce sujet, se sont empressés chacun de prendre dans cette découverte la part qu'ils ont pu y saisir.

M. Leroy cite les auteurs qui ont modifié les instruments et les procédés de lithotripsie.

En 1832, M. Heurteloup, dont les travaux sur la lithotripsie avec des instruments droits étaient nombreux, vint faire une révolution ; il établit et démontra que la lithotripsie pouvait être pratiquée avec des instruments courbes, et il créa un procédé, ou plutôt une méthode à laquelle on donne le plus souvent la préférence. Son instrument est courbe à deux branches; avec lui on saisit le calcul, on le fait éclater par la percussion. Tous les procédés de lithotripsie sont rapportés par M. Leroy à trois procédés principaux, à l'usure progressive, à l'éclatement et à l'écrasement.

L'usure progressive comprend tous les instruments à forets, l'évidement et l'écopement ou grugement extérieur préconisé par MM. Rigal et Meyrieux. Là M. Leroy traite de divers instruments qu'il a imaginés ou modifiés, tels que la pince à trois branches composée d'un tube d'acier, extérieur, d'un second tube portant les branches de la pince, d'un foret devant agir sur la pierre, l'étau à main; il dit en quoi diffèrent les instruments de M. Civiale des siens propres; il ajoute que ce dernier emploie encore l'usure progressive d'une manière presque exclusive, de préférence aux autres procédés. Il mentionne aussi ces forets

à inclinaison latérale et à double écartement, pour pratiquer l'évidement dont il paraît avoir eu l'idée première, d'après un rapport de l'Institut en 1827, mais qui devint le sujet de nombreux travaux de M. Heurteloup. Il est presque inutile de rappeler que M. Leroy mentionne à fur à mesure les travaux des autres chirurgiens, sur lesquels il a aussi porté son jugement dans d'autres ouvrages publiés déjà sur le même sujet.

Pour l'éclatement, il emploie les forets à développement. Il dit que ce moyen augmente beaucoup la vitesse d'action des perforatifs.

L'écrasement est le procédé le plus en faveur de nos jours. Il peut se pratiquer par frottement; pour cela M. Amussat, qui le premier eut idée de ce moyen, inventa un instrument particulier. M. Heurteloup préconisa ensuite son brise-coque.

L'écrasement se pratique souvent par pression simple. On a d'abord employé la pince à trois branches que l'on serre fortement. M. Leroy, en 1823, a présenté à l'Académie de médecine un brise pierre à écrou; M. Jacobson, en 1829, inventa son brise-pierre articulé, à l'aide duquel il a montré le premier ce que pourrait produire l'écrasement par pression. Cet instrument trouve chaque jour de nouvelles applications entre les mains de tous les chirurgiens. M. Leroy a apporté à cet instrument des modifications importantes; telles sont: une disposition particulière pour rendre plus facile l'extraction de l'instrument dans le cas de rupture, le rateau pour le nettoyer, et le fermer comme il faut, la boîte de liége pour retenir le liquide injecté dans la vessie, l'écrou disposé en deux portions articulées, etc. Il donne aussi la description et la figure

d'un instrument de M. Jacobson pour extraire le détritus de la pierre.

L'écrasement peut être pratiqué par percussion. Dès 1829, M. Leroy brisa un calcul dans l'urètre en frappant avec un marteau sur l'extrémité d'un foret mousse; mais la percussion n'a été qu'un moyen accessoire de la lithotripsie, jusqu'à M. Heurteloup, qui en fit le plus puissant des moyens de destruction de la pierre. Aussi doit-il être regardé comme le créateur du procédé de l'écrasement par percussion.

Son instrument percuteur est formé de deux parties, une branche fixe et une branche mobile qui glisse dans une coulisse en queue d'aronde pratiquée dans la première. Le lit rectangle est presque indispensable pour pratiquer ce procédé. M. Leroy rapporte dans son ouvrage des observations nombreuses de l'efficacité de ce moyen.

Enfin, M. Leroy parle des moyens proposés par divers auteurs, tels que MM. Civiale, Ségalas, pour pratiquer simultanément et successivement la pression et la percussion.

Il place en première ligne le brise-pierre percuteur de M. Heurteloup.

Il a eu occasion de pratiquer beaucoup d'opérations de lithotritie par les divers procédés connus.

Un grand nombre d'observations, tirées de sa pratique particulière, compose dans son ouvrage une des parties les plus importantes pour l'étude clinique de la lithotripsie; des réflexions judicieuses sont présentées à la suite de chaque observation.

M. Leroy a traité la question d'opportunité de la lithotripsie suivant les âges, les sexes; en voici le résumé : la

jeunesse, l'état adulte, sont les deux époques les plus favorables à la pratique de la lithotripsie. La vieillesse comporte cette opération de préférence à la taille, et *vice versa* l'enfance est plus apte à supporter cette dernière; mais si la lithotripsie n'est pas impraticable sur les enfants âgés de moins de six ans, elle n'est guère convenable qu'au-delà de cette époque de la vie. Les difficultés de cette opération vont en diminuant avec l'âge, tandis que le contraire a lieu pour la taille. Chez la femme, le calcul se trouve presque toujours placé dans l'une des parties latérales de la vessie. De là résulte l'opportunité plus grande de l'usage des instruments courbes et pour le cathétérisme explorateur et pour la lithotripsie.

Le reste du volume de M. Leroy est consacré à la manœuvre des instruments de lithotripsie. L'auteur y expose les modifications que l'expérience lui a fait apporter dans les procédés, dans les circonstances diverses où se trouvent les malades. C'est, en un mot, un cours de lithotripsie opératoire pratique. On y retrouve partout des preuves de la grande expérience de l'auteur sur cette matière; le plus petit détail de manœuvre opératoire est exposé avec soin. Il est presque impossible d'en donner une analyse complète, il vaut mieux renvoyer nos lecteurs à l'ouvrage lui-même; ils seront bientôt convaincus que M. le docteur Leroy, par cette nouvelle publication, a acquis de nouveaux droits à la reconnaissance publique.

Lon.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Créosote et eau de goudron. — Suicides de l'époque actuelle. — Mesures hygiéniques contre la syphilis. — Statistique du royaume de Naples.

Gazette médicale (Septembre 1836).

Expériences comparatives sur l'emploi thérapeutique de la créosote et de l'eau de goudron, par M. Pétrequin. — Voici le résumé des résultats obtenus par ce médecin de l'emploi de la créosote et de l'eau de goudron, dans vingt-trois cas de catarrhe pulmonaire et de phthisie pulmonaire; nous laissons parler l'auteur : Après avoir considéré en détail l'action de la créosote et de l'eau de goudron dans les groupes que j'ai établis, je vais maintenant jeter un coup-d'œil d'ensemble sur les effets qu'elles ont produits, non plus spécialement sur le catarrhe ou la phthisie à divers degrés (j'ai fait cet examen après chaque article), mais sur chacun des genres de symptômes étudiés isolément, abstraction faite de la nature de la maladie. Cette analyse comparative nous donnera une idée plus complète des propriétés générales de ces deux substances.

1° On peut les considérer comme des modificateurs puissans de la sécrétion pulmonaire. Le plus ordinairement la créosote a facilité (obs. VII, VIII) ou diminué (obs. I, II, V, IX, XII) l'expectoration; quelquefois cependant, elle ne l'a pas modifiée (obs. IV, VI, XIV, XV), et même a paru la rendre sanguinolente dans un cas (obs. III).

L'eau de goudron l'a toujours facilitée (obs. XVIII, XXI), ou diminuée (obs. XVI, XVII, XIX, XX, XXII), sans jamais produire d'accidents.

2° Le plus souvent la créosote a plus ou moins affaibli la toux (obs. I, II, V, VII, VIII, IX, XII, XIII); parfois cependant elle ne l'a pas influencée (obs. IV, VI, XIV), ou même la rendue plus intense (obs. XI, XV.)

L'eau de goudron, au contraire, l'a constamment amendée d'une manière plus tranchée et plus soutenue (obs. XVI à XXII).

3° Généralement la créosote a plus ou moins diminué (obs. I, II, VII, VIII, IX, X) l'oppression, qui cependant lui a resisté quelquefois (obs. IV, VI, XIV), et qui est devenue plus intense dans un cas (obs. XII).

Nous avons vu que l'eau de goudron l'a toujours, soit amendée (obs. XVIII, XIX, XXI, XXII), soit presque enlevée (obs. XX), soit même fait disparaître (obs. XVI, XVII) complètement.

4° Quant aux douleurs thoraciques, la créosote les a assez souvent soulagées (obs. II, V, VIII, IX).

Ce soulagement a été bien plus constant avec l'eau de goudron qui les a ordinairement affaiblies (obs. XVI, XVIII, XIX, XXI, XXII), ou même enlevées (obs. XVII, XX). Ce résultat pouvait se prévoir, car l'agent qui diminuera le plus l'expectoration, la toux et la dyspnée, qui sont la cause première et principale de ces douleurs, devra aussi exercer le plus d'influence sur ces dernières.

Ainsi, pour ce qui regarde la modification des accidents pulmonaires, la comparaison est toute à l'avantage de l'eau de goudron. Voyons maintenant ce qu'il en est pour le reste de l'économie.

5° Plusieurs fois la créosote a fait naître (obs. I) ou augmenté (obs. IV, V, XII, XIII) la soif.

Cela n'a pas lieu avec l'eau de goudron, qui semble même l'avoir apaisée dans un cas (obs. xx).

6° Souvent la créosote a provoqué des ardeurs et de l'irritation dans le tube digestif (obs. I, III, V, IX, X, XI, XII, XV). Je rappellerai qu'une fois elle a rendu la salive salée (obs. XII), et une autre, occasionné des fourmillements dans les membres et des bouffées de chaleur à la face (obs. IX).

Je n'ai que des résultats négatifs en ce genre à inscrire pour l'eau de goudron.

7° La créosote a souvent inspiré du dégoût aux malades (obs. I, II, IV, VIII, XIV); elle n'a pas toujours été étrangère à la production des vomissements (obs. II, IV).

L'eau de goudron n'a pas causé de dégoûts, à l'exception peut-être de la phthisique de l'obs. XXI. Quant aux vomissements, elle a paru au contraire les arrêter (obs. XVII, XVIII, XXI).

Il y a plus, l'eau de goudron a exercé une influence marquée sur l'appétit; plusieurs fois elle l'a fait naître (obs. XVII, XVIII, XX, XXII), ou notablement augmenté (obs. XV, XIX).

Rien de semblable n'est noté pour la créosote.

8° Avec la créosote, les selles sont devenues plus rares dans 3 cas (obs. V, VII, X); une fois elle a diminué (obs. XIV) la diarrhée préexistante, qui deux fois est restée la même (obs. II, IV).

Dans un cas, l'eau de goudron a diminué la diarrhée (obs. XVIII), et dans trois, rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII, XIX).

9° L'usage de l'eau de goudron a constamment procuré plus ou moins de sommeil (obs. XVI à XXII).

Cela n'a eu lieu que trois fois avec la créosote (obs. VII, IX, X).

10° Enfin, avec la créosote, le soulagement a été géné-

ralement faible (obs. I, II, VII, VIII, X, XII, XIII), plus marqué dans un seul cas (obs. IX), et nul dans trois (obs. IV, VI, XIV). L'état du malade a été plusieurs fois aggravé (obs. III, V, XI, XV).

Avec l'eau de goudron le soulagement a toujours été plus ou moins marqué (obs. XVI à XXII), sans que l'état ait jamais empiré ; et remarquez qu'elle a été employée dans trois cas où la créosote avait produit peu d'effet.

Ainsi la comparaison reste à l'avantage de l'eau de goudron.

C'est ici le lieu de discuter les assertions de quelques auteurs, que M. Léop. Deslandes a reproduites sous la forme dubitative. « L'eau de goudron, dit-il, aurait pour effet immédiat, chez les uns, d'exciter l'appétit, chez quelques autres, de causer des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Elle provoquerait en outre la sécrétion des urines, la transpiration cutanée, et produirait une stimulation des diverses membranes muqueuses. » (*Dict. de med. et de chir. prat.*, 1833, t. XI. p. 232.)

Nous avons vu qu'elle a exercé une influence manifeste sur l'appétit (obs. XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII), et qu'elle a même rendu la digestion plus facile (obs. XIX).

Elle n'a occasionné de nausées chez aucun des malades.

Loin de produire les vomissements, elle m'a paru les arrêter (obs. XVII, XVIII, XXI), soit en diminuant la toux, soit autrement.

Quant à la diarrhée, je rappellerai qu'elle l'a diminuée (obs. XVIII), et qu'elle a rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII, XIX).

Pour ce qui est de la sécrétion urinaire, j'ai noté qu'elle n'a été ni diminuée ni augmentée (obs. XVII, XVIII, XIX).

Annales d'Hygiène publ. et de Médecine légale. (Octobre 1836.)

I. — *Considérations sur les suicides de notre époque ;* par M. Brouc. — Nous passons sous silence les nombreux tableaux statistiques que contient ce mémoire, et nous arrivons aux conclusions générales, où nous trouvons à signaler les passages suivants :

« .... Dans ces divers pays, situés sous des zones si différentes, et placés sous des influences si variables, le rapport le plus fidèle que nous constations, c'est celui des suicides avec le nombre des écoliers. Les suicides sont plus communs là où l'éducation est plus répandue; du moins là où l'esprit public est plus porté à acquérir les avantages de l'éducation.

« Quelles que soient les légères erreurs qui aient pu se glisser dans le grand nombre de données statistiques que nous avons rassemblées, les résultats que ces données, recueillies sous des influences si différentes, nous ont montrés s'accordent trop bien entre eux pour qu'il soit permis de ne pas y voir la révélation d'une loi sociale, sinon constante, du moins en vigueur à l'époque où les faits sur lesquels les statistiques s'appuient ont eu lieu.

« Ainsi, quels que soient les documents que nous ayons examinés dans le désir de savoir quelle est l'influence générale de l'éducation sur la production des suicides, nous avons été irrésistiblement conduit à ces faits principaux, que les suicides abondent dans les populations lettrées et sont beaucoup plus rares dans celles qui occupent l'échelle inférieure de l'éducation : et que ces différences sont moins sensibles entre les éducations générales moins dissemblables.

« Nous nous sommes assuré d'un autre côté qu'en général les âges les plus fertiles en suicides étaient la jeunesse et la fin de l'âge mûr, et que, pour Paris en particulier, le suicide, dans ces dernières années, a particulièrement sévi sur l'âge où partout ailleurs l'espérance fait aimer la vie.

« Nous avons vu, en outre, que la misère, les revers de fortune, l'inconduite, les passions se reprochent en tout pays le plus grand nombre de suicides ; mais que cependant, selon les contrées et les gouvernements, c'est tantôt l'une, tantôt l'autre de ces causes, qui prédomine.

« On doit se rappeler d'ailleurs que les suicides ne sont pas toujours en raison de la densité de la population, ni des influences de la chaleur solaire.

« Il est d'ailleurs de fait que le nombre des suicides a augmenté, en général, dans les principaux pays de l'Europe, et que cette augmentation se fait surtout remarquer dans les capitales de ces différents pays et dans les villes principales des divers départements ou des diverses provinces qui constituent les sous-divisions de ces pays.

« Si pour expliquer ces faits authentiques, ni l'influence de la chaleur, ni celle de la densité de la population ne suffisent absolument, où trouver une cause qui reçoive l'assentiment de tous les bons esprits ?....

« .... Nous la voyons dans l'essence même de notre ordre social actuel. Nous désirons plus que nous ne pouvons. Tous les esprits n'aspirent qu'à prendre, par eux-mêmes ou par les leurs, une part puissante au mouvement social : le peu de chemins qui y mènent sont donc encombrés par la foule des prétendants, qui s'y étouffent les uns les autres. Le fils dédaigne l'humble métier de son père, et le père gémit en vain dans sa vieillesse, du dédain involontaire de son fils. Malheureux l'un par l'autre, malgré eux ils ne peu-

vent ni se comprendre ni s'aimer. Les liens de famille, relâchés depuis long-temps, résistent moins que jamais aux intérêts opposés qui les éloignent. De là, tant de chimères sitôt détruites, tant de besoins rarement satisfaits, tant d'éducations antipathiques parmi les membres d'une même maison; de là, si peu de consolations dans la douleur, si peu de secours contre l'adversité; de là, l'envie si fréquente d'en finir avec l'existence. Rien, d'ailleurs, ne s'oppose à l'exécution de ce désir. La foi religieuse n'est plus écoutée; on accuse de mensonge ses révélations, et l'on se rit de ses menaces. Point d'esprit de persécution qui fasse encore aimer la vie par haine pour quelques-uns de ceux qui en jouissent; point de longues querelles intestines, qui tiennent la population en haleine et la débarrassent de son superflu; point de guerres d'extermination, qui paient en homicides organisés le tribu fatal que la vie doit à la mort; point de crainte pour l'honneur de sa famille, lorsque l'on s'est suicidé; point de crainte pour l'honneur de sa mémoire, après la mort que l'on s'est donnée soi-même. Aucune idée, aucune circonstance extérieure, aucune crainte pour ses restes glacés, n'arrête de nos jours chez l'homme une pensée meurtrière, tandis que tout ce qu'il souhaite, tout ce qui le trompe, tout ce qui lui manque, l'invitent incessamment à tourner contre lui-même cette main qui lui fut donnée pour un tout autre ministère. C'est à cette double coïncidence, qu'il faut attribuer les suicides actuels, dont nous avons constaté la généralité et le nombre sans cesse croissant. C'est à ce malaise intime de la société de notre âge, que nous devons rapporter ce symptôme affligeant, et non pas à la souffrance réelle et contagieuse de l'une des parties qui la composent. »

II. — *Mémoire en réponse à cette question : quelles sont les*

mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie vénérienne? qui a été couronnée par la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles, en février 1836; par F.-S. Ratier, D. M. P. — Après avoir rappelé les inconvénients attachés à la mauvaise préparation, au déplacement, à l'application inexacte du préservatif le plus usité (le *condom*..., un bref du pape, daté de 1826, réprouve comme immoral l'emploi de ce moyen), l'orateur insiste d'une manière particulière sur l'extrême utilité des visites sanitaires. Ces visites devraient être faites tous les quatre ou cinq jours, au moins, et pourtant, faites seulement tous les huit ou quinze jours, elles ont amené les résultats suivants, consignés dans une note de M. Trébuchet :

« En 1800, une femme publique sur neuf était atteinte, et aujourd'hui, il n'y en a guère qu'une sur soixante.

« Voici ce qu'on lit à l'article Mœurs du *Dictionnaire de Police*, par MM. Élouin, Trébuchet et Labat.

« Le service sanitaire présente aujourd'hui des résultats auxquels aucuns précédents ne peuvent être comparés. Ils nous paraissent tellement satisfaisants, qu'il nous suffira de les indiquer pour que la reconnaissance des amis de l'humanité soit acquise à ceux dont les constants efforts tendent à restreindre les ravages d'une affreuse et funeste maladie. Les administrateurs en province pourront d'ailleurs faire tourner au profit de leur pays les détails qui vont suivre, en adaptant les mesures d'exécution aux localités qui leur sont confiées.

« Onze médecins, dont un chef et un chef-adjoint, sont attachés au dispensaire.

Les filles publiques *isolées*, c'est-à-dire celles qui sont dans leurs meubles ou dans les maisons garnies, et qui forment les deux tiers de celles qui sont inscrites à Paris, sont

visitées au dispensaire deux fois par mois. Les filles dites de *maison*, qui habitent les lieux de prostitution connus sous le nom de *maisons de tolérance*, sont visitées toutes les semaines, et chaque fois qu'elles éprouvent une mutation. La ville fait aujourd'hui tous les frais du dispensaire ; les filles ne paient plus l'indemnité de 3 fr. à laquelle elles étaient précédemment astreintes tous les mois. Chaque fille est porteur d'une carte sur laquelle les visites sont régulièrement inscrites, et qu'elle doit représenter à toute réquisition. Sur cette carte, au verso, sont inscrites les obligations qui leur sont imposées.

« Le 31 décembre 1834, le nombre des filles publiques enregistrées était de 3,816. 63 ont été reconnues malades de la syphilis, ce qui donne pour moyenne des filles malades sur celles inscrites, 1 sur 60, 275. Cette proportion n'a jamais présenté un chiffre aussi satisfaisant.

« L'influence du concours de la préfecture de police sera facilement appréciée lorsque, en opposition à ce résultat, on considérera que sur 111 filles *insoumises* conduites au dispensaire pendant le mois de décembre 1834, 12 ont été reconnues atteintes de la syphilis, ce qui établit la proportion de 1 sur 9. On en a quelquefois trouvé *une* sur *deux* et jamais moins de 1 sur 7.

« Les onctions grasses avant le coït, les lotions savonneuses ou chlorurées après, mais faites avec soin et de manière à nettoyer exactement les parties, l'émission et les lotions d'urine consécutives, sont très-propres à préserver l'homme, mais uniquement ou presqu'uniquement comme moyens de détersion mécanique. — En résumé, M. Ratier retrace les principes généraux suivants, comme devant servir de base au système de préservation :

« 1° On doit, dans l'intérêt de la santé comme de la morale publiques, et nonobstant toute clameur à ce contraire,

s'occuper activement des moyens d'arrêter la propagation de la maladie vénérienne.

« 2° On peut atteindre ce but assez facilement, en restreignant le nombre des foyers de contagion, au moyen des mesures que j'ai conseillées, et qui consistent :

« (A) A multiplier pour les vénériens les moyens de secours de toute espèce, savoir : les hôpitaux soit spéciaux, soit ordinaires, et les consultations publiques et gratuites avec distribution de médicaments;

« (B) A répandre dans le peuple des idées justes sur la maladie syphilitique et sur le traitement qu'elle réclame :

« (C) A sévir contre les charlatans, et plutôt encore à les décréditer en dévoilant leurs menées, et en prouvant qu'ils vendent fort cher des drogues sans valeur et sans efficacité réelle;

« (D) A rendre de plus en plus sévère et de plus en plus exacte la surveillance sur les filles publiques, et à multiplier les visites, afin de séquestrer au plus tôt celles qui sont infectées;

« (E) A encourager l'emploi des moyens préservatifs, en éclairant le public sur leur mode d'action, dont l'ignorance les rend illusoires, et même nuisibles, par la fâcheuse sécurité qu'ils inspirent.

« (F) Enfin, en adoptant le mode de traitement qui abrège le plus la durée des symptômes locaux primitifs qui sont les plus essentiellement contagieux. »

III. — *Considérations statistiques sur le royaume de Naples. Note adressée à l'Institut royal de France ;* par le doct. Salvatore de Renzi, membre de l'Institut royal de Naples, etc. —L'auteur ajoute aux tableaux statistiques qu'il a dressés, les considérations générales suivantes, qui résument quel-

ques points principaux de la statistique médicale du royaume de Naples.

« .... On voit par ces tableaux que chez nous il meurt 1 individu sur 36 habitants, et qu'il en naît 1 sur 25 ou à peu près ; mais les provinces ne se trouvent pas dans la même proportion.

« En recherchant les causes de cette diversité de mortalité dans nos provinces, on reconnaît qu'elles peuvent se réduire à deux, qui sont : la salubrité du pays, et les moyens de subsistance dont elles sont plus ou moins pourvues. En effet, la mortalité est à son minimum dans les provinces de l'*Apruzzo ultrà* et du *Principato citrà*, qui se trouvent dans une position opposée de climat; car la première est froide, aux pieds du *Gran Sasso* d'Italie, exposée au nord, et la seconde, qui se déploie sur la mer Méditerranée, est tempérée et exposée au midi; mais, dans l'une et dans l'autre, les populations sont industrieuses et très-aisées. Dans le maximum de la mortalité, on trouve la *Basilicata* et la *Capitanata* (*Pouille pleine*). La première est montueuse et a peu de terrains fertiles ; ses extensions les plus cultivables sont près de la mer Ionienne et encombrées d'eaux marécageuses; les propriétés y appartiennent aux riches, et la masse de la population se trouve dans la misère. La seconde, au contraire, est une plaine, et la plus fertile du royaume : elle s'appelle le *grenier de l'Italie ;* mais dans cette vaste plaine, il y a quantité d'étangs, d'eaux croupissantes dont la chaleur humide de l'été dégage des miasmes, et donne lieu, tous les ans, à des épidémies qui désolent les habitants.

« Si l'on considère le royaume de Naples dans son ensemble, on voit par le troisième tableau que la population est tellement divisée par les âges de la vie, que nous pouvons les regarder comme les plus appropriés au bien-être

et à la bonne distribution de la société. Enfin, le quatrième tableau montre que la mortalité est très-faible dans la virilité, circonstance qui contribue fortement à raffermir le bien-être des populations.

« J'ajouterai les remarques suivantes qui me sont fournies par mes recherches statistiques :

« 1° On trouve dans le royaume de Naples 1 *ultrà-centenaire* sur presque 1,000 habitants. Pour la capitale, la proportion est de 1 *ultrà-centenaire* sur 946. Ces calculs ont été faits sur 20 ans d'observations (1814 à 1833).

« 2° La moyenne durée de la vie humaine est à peu près de 35 ans.

« 3° Il meurt ici 1 individu sur 9, de la naissance à 1 an; 1 sur 37, de 1 an à 18; 1 sur 64, de 19 ans à 40; 1 sur 34, de 41 à 60; 1 sur 17, de 61 ans et au-delà.

« 4° La plus forte mortalité a lieu de la naissance à 10 ans, et de 51 à 60.

« 5° Les naissances légitimes donnent une plus grande proportion pour les hommes que pour les femmes. Sur 100 naissances masculines, on en a 95 féminines. Pour les enfants trouvés, on observe absolument l'opposé.

« 6° On compte 4 naissances illégitimes sur 100 légitimes.

« 7° La population du royaume comprend 96 hommes pour 100 femmes.

« 8° On compte 1 mariage sur 158 habitants.

« 9° On donne à chaque mariage environ 6 enfants.

« 10° La proportion de la mortalité prise en masse est plus forte pour le sexe masculin que pour le féminin. Pour les premières 8 années, elle peut être expliquée par l'excédant des naissances masculines; mais pour le reste de la vie, l'avantage est évidemment pour le sexe le plus faible. Sur 1,000 morts, on compte 513 hommes et 487 femmes, et c'est aussi la proportion de la 8e à la 18e année, et de la

40e à la 90e. De la 19e année à la 25e, il meurt 580 hommes contre 420 femmes; de la 26e à la 40e, 607 hommes et 393 femmes. Après la 90e année, la mortalité est plus forte pour les femmes; mais c'est bien naturel, car sur 18 individus qui arrivent à cette époque de la vie, on a toujours 11 femmes contre 7 hommes. »

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS, AMÉRICAINS, ALLEMANDS ET ITALIENS.

Remède contre la rage. — Extirpation d'un kyste de l'ovaire. — Structure de la rétine. — Apoplexie guérie par les frictions mercurielles. — Opération césarienne suivie de succès. — Rupture du cœcum. — Ventouses contre les fièvres intermittentes, etc., etc.

I. — *Remède contre la rage.* — Le comte Peleki a communiqué au congrès médical d'Allemagne la recette suivante, dont il dit avoir vu constamment obtenir d'heureux résultats :

℞ Racine d'asclepias varicetoxicum ʒvj.
Écorce de jeunes branches de cratægus torminalis ʒij.
Bulbes d'allium sativum 4. 9.

Faites digérer pendant 12 heures dans un pot non verni et neuf, d'un litre de capacité, qu'on remplit d'eau. On lute ensuite le couvercle du pot et on fait bouillir pendant une heure, à un feu égal et modéré. On a soin que le mélange ne déborde pas. Ensuite on retire du feu la décoction, on la filtre encore chaude, et on l'administre au ma-

lade dès qu'elle est tiède. La dose est de 5 cuillérées à bouche pour un homme adulte, de quatre pour une femme, et d'une demie à 3 pour un enfant, suivant l'âge. On la donne à jeun et une seule fois par jour. Il faut renouveler chaque jour la préparation du remède. Il produit souvent des nausées et des vomissements, qui n'empêchent pas son effet, pourvu qu'il ne soit pas lui-même vomi. Il n'est pas besoin de s'occuper des morsures. — Ce traitement est employé avec le plus grand succès par un Tartare nommé Kavats, qui le tient de ses ancêtres.

II. — *Extirpation d'un kyste de l'ovaire;* par le docteur Kittenbaum. — La femme d'un paysan portait depuis deux ans une tumeur dans le ventre, qui avait acquis le même volume qu'au 9e mois de sa grossesse. Cette tumeur occupait surtout le côté droit de l'abdomen, et donnait lieu à des douleurs excessives, surtout dans la partie droite de la région hypogastrique. La malade assurait que dans les premiers temps de sa maladie elle avait observé dans cette région une tumeur grosse comme le poing. M. Kittenbaum pratiqua à droite l'opération de la paracentèse, qui donna issue à environ 30 livres d'un liquide visqueux et brunâtre. Le ventre s'étant affaissé, il fut facile de reconnaître la présence d'un sac vide, et à côté de lui une tumeur du volume du poing, située dans la région iliaque droite. La présence d'un kyste de l'ovaire étant bien constatée, on proposa l'extirpation, qui fut acceptée par la malade. Six semaines après la première ponction, on en fit une seconde qui fournit à peu près 15 livres de liquide, et 8 jours après l'extirpation fut pratiquée. L'auteur ne décrit pas l'opération et se borne à dire qu'elle ne présenta rien de remarquable. Il y eut à peine de la fièvre, et le surlendemain la malade se trouvait assez bien. Les choses marchè-

rent d'une manière si favorable que le 10e jour après l'opération la guérison était complète.

III. — *Structure de la rétine de l'homme*; par le docteur Gottoche. — On admet généralement que la rétine est formée par l'épanouissement des fibres du nerf optique sous forme de membrane molle. Cette opinion semble à M. Gottoche en opposition avec les faits. Le nerf optique, après avoir traversé la choroïde, s'étale en plusieurs faisceaux que réunit une membrane particulière, et qu'entoure un lacis de vaisseaux. Les faisceaux résultant de l'épanouissement du nerf se divisent en rameaux, formés à leur tour par un grand nombre de fibrilles nerveuses. La distribution du nerf optique se rapproche donc de celle des autres nerfs sensoriaux, tels que l'acoustique, l'olfactif, le lingual, etc.

M. Gottoche distingue 4 couches dans la rétine : 1e une couche vasculaire; 2e une couche nerveuse; 3e une membrane qui réunit les fibrilles nerveuses; 4e enfin une couche pulpeuse qui unit les couches précédentes à la choroïde.

Il est impossible de disséquer les faisceaux nerveux de la rétine avec le scalpel : la macération est le seul moyen d'y parvenir. On réussit quelquefois très-bien par la macération dans la solution de carbonate de soude, ou d'acide nitrique. Mais l'auteur préfère une dissolution d'une partie de sublimé dans 3 parties d'éther hydratique. Lorsque la rétine a convenablement macéré, il suffit de dix minutes pour faire une très-belle préparation. On enlève la choroïde au moyen d'un petit pinceau trempé dans une dissolution concentrée de sublimé. Il paraît que M. Michaelis obtient le même résultat avec la créosote, et qu'a-

lors la préparation peut servir pour les recherches microscopiques.

IV. — *Apoplexie guérie par les frictions mercurielles.* — Un vieillard de 75 ans, s'étant exposé au froid, fut frappé d'apoplexie; sous l'influence des émissions sanguines, il se rétablit complètement. Plus tard une seconde attaque survint, et laissa après elle une paralysie de la langue et du bras droit. Trois semaines après, troisième attaque, plus forte que les précédentes : malgré l'emploi de deux saignées, de sangsues derrière les oreilles, d'applications froides sur la tête, de sinapismes aux jambes, etc., la connaissance ne revint pas; il y avait en outre une paralysie complète et générale, un ralentissement très-marqué du pouls, et un abaissement considérable de la température du corps. Ces symptômes persistaient depuis 48 heures, et faisaient porter un pronostic des plus fâcheux. C'est alors qu'on imagina de faire faire sur les membres des frictions mercurielles, à la dose d'un gros, de deux en deux heures. Après la huitième, les glandes salivaires commencèrent à se gonfler, et le malade reprit connaissance. Quoique l'on eût discontinué les frictions, la salivation persista quelques jours. Le malade se rétablit.

(*Preussische medicinische Zeitung.*)

V. — *Opération césarienne suivie de succès*, par le docteur Wiessel. — Une femme de 27 ans, de fort petite taille, d'une faible constitution, était depuis trois jours en travail d'accouchement, sans que la tête descendît dans l'excavation pelvienne. Cette circonstance engagea à faire un examen attentif des parties. On trouva une déformation considérable du bassin. Le sacrum faisait une forte saillie en avant; les branches horizontales du pubis décrivaient une

forte courbure en arrière et en haut, de sorte que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait pas deux pouces. Le bassin paraissait très-allongé dans son diamètre transverse. Les crêtes iliaques antérieures étaient fort rapprochées. On sentait distinctement la tête de l'enfant au-dessus et un peu en avant de la branche gauche du pubis. Après avoir reconnu l'impossibilité de réussir par la perforation du crâne de l'enfant, on se décida à pratiquer l'opération césarienne, en faisant l'incision sur la ligne blanche. L'opération ne présenta rien de remarquable. Après l'extraction de l'enfant et du placenta, la plaie de l'utérus fut réunie par deux points de suture à points séparés; cinq points de suture fermèrent la plaie des parois abdominales. Deux jours après l'opération, le ventre devint ballonné, mais sans être sensible à la pression. De la fièvre et des vomissements qui s'étaient déclarés ce même jour, cessèrent le lendemain. Les lochies coulaient abondamment. La malade était dans un très-bon état. Le sixième jour s'établit la sécrétion du lait. Un mois après l'opération, la plaie était complètement fermée, et la malade put se lever. La cicatrice n'a maintenant qu'une étendue de trois pouces.

(*Preussische medicinische Zeitung.*)

VI. — *Rupture du cœcum chez une femme en couches.* — Une femme, primipare, s'était bien portée pendant tout le temps de sa grossesse. L'accouchement se fit heureusement, seulement le mari et la mère de l'accouchée prétendent avoir entendu un bruit particulier dans l'abdomen au moment de l'expulsion de l'enfant. Les premières vingt-quatre heures se passèrent sans accident; la malade ne se plaignait que de tranchées et d'une légère douleur à la région de l'aine droite. Bientôt survinrent de la fièvre, des nausées,

des vomissements, et des douleurs extrêmement vives dans tout le ventre, en même temps qu'une constipation des plus opiniâtres. Le pouls était dur et plein. On combattit ces symptômes par des saignées générales et locales, des purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, le sulfate de soude, le calomel, etc. Ces moyens furent sans succès. La malade succomba soixante-douze heures après l'accouchement.

A l'autopsie on trouva une déchirure transversale du cœcum, d'environ deux pouces d'étendue, par laquelle une quantité considérable de matières fécales s'était introduite dans la cavité du péritoine. Quelques points de cette membrane, au niveau de la région iliaque présentaient seuls des traces d'inflammation. Nulle part on ne put découvrir de gangrène. Une grande quantité de gaz distendaient le péritoine et les intestins.

(*Preussische medicinische Zeitung.*)

VII. — *Fièvres intermittentes guéries par l'application des ventouses scarifiées à la région dorsale;* par le docteur Van Mons. — Un jeune homme de vingt ans était depuis quatre mois affecté de fièvre intermittente tierce, qui ne fut pas traitée. A son entrée, on reconnut qu'à la partie supérieure de la région dorsale du rachis existait une douleur vive développée par la pression sur les apophyses épineuses. On fit appliquer sur ce point six ventouses scarifiées : puis on recouvrit la partie d'un cataplasme arrosé de laudanum. Cette seule application suffit pour enlever à la fois la douleur et la fièvre intermittente.

Chez un homme de 52 ans, atteint depuis trois semaines de fièvre quotidienne, et qui présentait une vive douleur à la pression, à la partie supérieure du dos, une première

application de ventouses diminua l'accès du jour, et une seconde faite le lendemain fit disparaître la fièvre.

M. le docteur Van Mons a observé que les ventouses réussissaient dans des cas de fièvre intermittente dans lesquels le sulfate de quinine avait échoué.

Une femme de 30 ans était affectée depuis quinze jours d'une *gastro-laryngo-bronchite* et de fièvre intermittente quotidienne. L'affection inflammatoire fut combattue par les moyens appropriés, et au bout du jour l'irritation de l'estomac ayant cessé, on s'occupa de combattre la fièvre intermittente. Le premier jour, douze grains de sulfate de quinine n'arrêtèrent pas l'accès. Le lendemain et le surlendemain, quinze grains; et le quatrième jour, vingt grains, restèrent sans succès: chaque jour la fièvre revint avec la même intensité. Ce fut alors qu'on se décida à appliquer au haut de la région dorsale de l'épine six ventouses scarifiées, dans un point où existait une vive douleur à la pression. Ce jour-là il n'y eut pas d'accès, et le lendemain une nouvelle application de ventouses prévint sans retour la maladie.

Le même succès fut obtenu dans un cas de fièvre intermittente pernicieuse apoplectique fort grave, où le sulfate de quinine avait complètement échoué. Une application de ventouses dans le dos, et des cataplasmes laudanisés sur le même point en triomphèrent facilement.

M. Van-Mons cite encore quelques autres cas de réussite du même moyen, qui a d'autant plus d'efficacité que la douleur rachidienne est plus marquée et plus constante.

(*Bulletin médical belge.*)

VIII.— *Grossesse hydatique : expulsion de 6,070 hydatides;* par le professeur Portal, de Palerme. — Une dame de 33 ans, mère de plusieurs enfants, commença à éprouver

vers le quatrième mois d'une nouvelle grossesse, des douleurs assez vives à l'hypogastre et à la région lombaire : ces douleurs s'accompagnaient de mouvemens nerveux de tout le corps, auxquels la malade n'était pas sujette. Bientôt parut une métrorrhagie assez abondante, et un appareil fébrile intense. Au milieu des caillots la malade rendit de petites hydatides réunies en grappe. En explorant les parties le docteur Portal trouva le col de l'utérus offrant une dilatation de l'étendue d'une pièce de 3 francs. Le vagin était rempli d'acephalocystes réunies. Il s'en échappa pendant trois heures : elles pesaient neuf livres et demie et étaient au nombre de 6,070 ; leur expulsion fut accompagnée de douleurs très-vives, qui se calmèrent ensuite ; le col de l'utérus revint sur lui-même, et la malade ne tarda pas à se rétablir.

Les hydatides variaient en volume depuis celui d'un grain de moutarde jusqu'à celui d'une noix. Examinées au microscope, elles ne présentaient pas de suçoirs. Leurs parois étaient fragiles et diaphanes, leur liquide clair, transparent et un peu visqueux. On ne put retrouver de poche qui les aurait contenues. M. le professeur Portal pense qu'elles étaient libres dans la cavité utérine, et qu'elles n'offraient d'autre point d'attache que ceux qui les unissaient les unes aux autres.

(*Filiatre Sebezio.*)

IX. — *Métrorrhagie mortelle causée par une tumeur erectile de l'utérus ;* par le professeur Kilian, de Bonn. — Une femme de 24 ans, forte et bien conformée, fut reçue à la Maternité de Bonn, à une époque avancée de la gestation. A cette époque elle se portait bien et ne se rappelait pas avoir jamais été malade. Les règles avaient commencé à 14 ans et revenaient régulièrement toutes les trois semaines. Elles

parurent une fois pendant la grossesse. A terme elle accoucha d'un garçon. Une demi-heure après la sortie de l'enfant, le placenta sortit presque de lui-même. Les trois premiers jours après l'accouchement se passèrent bien. Les lochies étaient abondantes et la santé générale satisfaisante ; mais dans l'après-midi du quatrième jour, pendant qu'elle donnait le sein à son enfant, elle sentit quelque chose de chaud couler entre ses cuisses et tomba en syncope. Avant que le chirurgien de la maison pût arriver, la perte cessa. Quand le docteur Kilian la vit, elle se remettait de la syncope où l'avait mise une perte de deux livres et demi de sang. Le col de l'utérus ne contenait pas de caillots et n'offrait pas plus de dilatation qu'on n'en observe le quatrième jour des couches. Ne pouvant remonter à la cause de cet accident, on se borna à employer les moyens généraux, tels que le repos, la situation horizontale, les applications froides aux parties génitales externes, etc. Sous l'influence de ces moyens la malade commençait à reprendre des forces, lorsque le 7 février parut une hémorrhagie en tout semblable à la première. Un examen attentif ne fit rien découvrir d'anormal dans l'état des parties : on continua les moyens indiqués plus haut. Le 13 et le 26 février l'hémorrhagie reparait avec les mêmes circonstances, et cesse avant que l'on puisse secourir la malade. Malgré l'usage du quinquina et de l'opium combinés aux moyens précités, la faiblesse et la prostration étaient extrêmes : il y avait un abattement moral des plus prononcés. Le 3 mars, pendant la visite du médecin, la malade s'écria d'une voix faible qu'elle perdait du sang. Au même instant elle fut prise de violentes convulsions, au milieu desquelles elle expira.

A l'autopsie tous les viscères, à l'exception de l'utérus, furent trouvés exempts d'altération. Celui-ci était pâle,

contracté et nullement ramolli; mais à sa partie antérieure on observa un point circulaire, grand comme une pièce de 3 francs, d'un rouge clair et plus mou que le reste de l'organe. Après avoir incisé celui-ci par sa face postérieure, on remarqua dans la cavité utérine, dans le point correspondant à la tache dont nous venons de parler, une tumeur de deux pouces de long sur un et demi de large : une membrane qui l'avait recouverte pendait en partie détachée dans la cavité utérine. Cette tumeur était formée par une quantité immense de vaisseaux entrelacés, dont on pouvait reconnaître les extrémités à l'œil nu. Autour de cette production, le tissu de l'utérus était un peu ramolli.

(*Hannoversche Annalen* 1836.)

X.—*Anévrysme du canal thoracique;* par le docteur Albert, de Bonn. — Le malade sur le cadavre duquel on trouva cette altération, était un homme de 51 ans, mort d'abcès du foie. En examinant la région du plexus solaire, le docteur Albert remarqua une tumeur molle, élastique, demi-transparente et paraissant contenir un liquide. Elle était noueuse et avait à peu près la forme d'une figue. D'abord il crut à l'existence d'un kyste hydatique, mais il reconnut bientôt que la tumeur était unie en plusieurs points aux parties voisines par des brides celluleuses, et qu'un canal conduisait dans son intérieur par les deux extrémités. Elle contenait un fluide dans lequel se trouvait une matière grasse. La surface interne de la poche était lisse et unie. Une sonde pénétrait dans un canal au-dessus et au-dessous de la tumeur. En suivant ce canal on put s'assurer que c'était un anévrysme du canal thoracique. Ses parois étaient plus épaisses et plus résistantes que dans les parties saines du canal.

Les cas de ce genre sont fort rares : le docteur Albert n'a eu occasion d'en rencontrer qu'un seul ; c'était chez un hydropique, et la dilatation affectait la *cysterna chyli*.

Le rétrécissement ou l'oblitération du canal thoracique sont bien plus fréquents. On a assez souvent occasion de les observer chez les enfants affectés de ganglions scrofuleux, etc. Et chose bien remarquable, la nutrition ne paraît pas souffrir de cette interruption du cours du chyle. Ce qui tient probablement à des communications plus nombreuses qu'on ne le croit entre le système lymphatique et les veines.

(*Hannoversche Annalen* 1836.)

XI. — *Emploi de l'huile de croton à l'extérieur dans les affections du larynx ;* par le docteur Romberg. — L'efficacité de ce genre de révulsion dans les maladies qui affectent les organes de la voix a déjà été signalée : le docteur Romberg cherche à l'appuyer de nouvelles observations.

1re Obs. Un pêcheur perdit la voix par suite d'efforts inouis tentés pour sauver quelques individus qui se noyaient. Il n'y avait pas de raison de suspecter quelque altération du larynx. Cependant des vésicatoires, des bains de vapeur, etc., furent sans effet. Alors on eut recours aux frictions avec l'huile de croton. Après vingt-un jours de ce traitement la voix commença à revenir : l'aphonie ne tarda pas à disparaître complètement.

2e Obs. Une femme de 18 ans, à la suite d'un refroidissement, fut prise d'enrouement auquel succéda une aphonie totale. Des sangsues, des émétiques, des frictions irritantes échouèrent : on employa les frictions d'huile de croton : dès la troisième, une éruption parut et la guérison eut lieu.

3e Obs. Une femme de 38 ans se plaignait depuis un an

d'une constriction au pharynx, comme si on lui serrait le cou, constriction qui apportait de la gêne dans la déglutition. Il n'y avait pas d'autres symptômes. On essaya sans succès beaucoup de remèdes. Des frictions d'huile de croton déterminèrent une éruption pustuleuse et un érysipèle. La malade fut entièrement guérie.

Le docteur Romberg n'a jamais observé d'effets purgatifs par suite de l'application externe de l'huile de croton : mais il ne l'a jamais appliquée sur les parois abdominales.

Le docteur Otto rapporte dans le même journal l'observation d'une femme affectée de sciatique chez laquelle des frictions avec l'huile de croton faites sur la cuisse déterminèrent une rougeur de tout le corps et une éruption vésiculeuse. Le docteur Otto n'a jamais observé que ces frictions donnassent lieu à un effet purgatif.

(*Wochenschrift fut die Gesammte Heilkunde.*)

XII. — *De l'efficacité de la teinture de sumac vénéneux* (rhus toxicodendrum), *dans l'ophthalmie scrofuleuse.* — Ce médicament préconisé pour la première fois dans l'ophthalmie scrofuleuse, par M. Gesheidt, avait été peu usité jusqu'à présent. M. Elsholz y eut recours dans un cas d'ophthalmie fort rebelle chez un enfant de quatre ans. Il faisait prendre trois fois par jour une cuillerée à café d'un mélange de quatre gouttes de teinture dans deux onces d'eau. Il augmenta progressivement la dose du médicament à 8, 16 et 32 gouttes dans la même quantité d'eau. Il obtint un résultat très-favorable. Le larmoiement, les excoriations des paupières et surtout la photophobie cédèrent en peu de temps. Au bout d'un mois, l'enfant ouvrait les yeux sans aucune difficulté. Cette guérison est d'autant plus remarquable, que le jeune malade, qui était affecté d'ophthalmie trois ou quatre fois par an, ne l'a pas vue repa-

raître depuis qu'il a fait usage de la teinture de rhus toxicodendrum.

M. Elsholz n'a pas obtenu moins de succès avec ce médicament chez trois autres enfants affectés de la même maladie.

Chez tous les trois le traitement opéra la guérison en trois ou quatre semaines.

M. Scheibler s'est aussi très-bien trouvé de l'administration de la teinture de rhus toxicodendrum dans l'ophthalmie scrofuleuse. Il signale surtout sa puissante influence pour faire cesser la photophobie, qui constitue un des phénomènes les plus pénibles de la maladie. Il assure qu'il n'a eu qu'à se louer de son usage.

MM. Elsholz ni M. Scheibler n'ont observé la présence d'une espèce de zone critique après l'administration du remède, phénomène qui avait été signalé par Gesheidt comme existant toujours dans ce cas.

(*Preussische medicinische Zeitung.*)

XIII. — *Accident de la lithotripsie.* — La *Lancette* anglaise publie le fait suivant qui n'a pas besoin de commentaire :

Un officier de l'armée des Indes, qui présentait tous les symptômes de la pierre, se décida à se la faire enlever par le moyen de la lithotripsie. Un chirurgien fort connu et très-exercé à ce genre d'opération, fut chargé de la pratiquer. Les instruments furent introduits dans la vessie, la pierre saisie et fixée sans difficulté, elle paraît céder à l'action du maillet. Mais en voulant changer la position de la pierre, on éprouve de la difficulté à faire mouvoir les branches de l'instrument, et, malgré tous les efforts que peut faire l'opérateur, on ne peut le retirer ! Ayant acquis la conviction de l'impossibilité d'en faire l'extraction, on se décida à l'opération de la taille, afin de pouvoir enlever

à la fois le calcul et le brise-pierre. Celui-ci était faussé à tel point qu'on n'eût jamais pu le faire passer par l'urètre. Trois jours après cette opération le malade a succombé.

XIV. — *Observation de luxation de deux fémurs;* par le docteur Sinogowitz, de Dantzig. — Un charpentier travaillait dans l'intérieur d'un navire, à califourchon sur une planche, lorsqu'il fut subitement jeté avec beaucoup de force par une vague contre une poutre distante de six pieds environ. La région lombaire fut gravement lésée. Le blessé avait encore la planche entre les cuisses. Lorsque le docteur Sinogowitz visita ce malade, il le trouva couché sur un lit. Les membres inférieurs avaient perdu leur mobilité, mais conservaient leur sensibilité. Les cuisses étaient écartées, les genoux dans une flexion modérée. Il n'existait aucune déviation de la pointe du pied. Les hanches paraissaient fort élargies, elles dépassaient d'au moins deux pouces la saillie qui leur est ordinaire chez un homme bien conformé, de la taille du malade. En mesurant la distance qui séparait les trochanters de l'épine iliaque, antérieure et supérieure, on les trouva de deux pouces *plus bas* qu'à l'ordinaire. Les muscles fessiers étaient tendus. En explorant la région lombaire, on trouve un enfoncement transversal situé au-dessus du sacrum et dans lequel on pouvait facilement loger les deux poings. Il y avait évacuation involontaire des urines et des matières fécales.

L'alongement remarquable des deux cuisses, leur éloignement plus considérable qu'à l'ordinaire, firent présumer au chirurgien que les deux têtes du fémur étaient placées au-dessous du bord inférieur de la cavité cotyloïde. Il est probable que la paralysie des muscles, produite par la lésion vertébrale, favorisa le maintien des deux têtes dans cette position.

M. Sinogowitz songea de suite à la réduction. Il fit pla-

cer le malade sur le dos, et fixer le bassin par deux aides. Lui-même monta sur le lit, et se mit entre les jambes du malade. Un lien, appliqué au-dessus du genou droit, fut passé autour du cou de l'opérateur, et un autre lien, placé autour du coude-pied fut confié à un aide vigoureux. Celui-ci dirigea ses tractions en dehors, tandis que le chirurgien appuyant son pied droit sur le pourtour antérieur de la cavité cotyloïde droite, se raidit en se relevant et exerça un fort mouvement de traction en haut et en avant. La tête rentra sans bruit dans sa cavité. Le même procédé fut employé avec le même succès du côté opposé.

Après la réduction, on remarquait une largeur beaucoup moindre des hanches. Les deux cuisses étaient mobiles, le malade n'y éprouvait pas de douleur. — Au bout de cinq jours, il commença à exécuter quelques mouvements; ce ne fut que trois semaines après qu'il recouvra la faculté de retenir ses urines et ses matières fécales. Au bout de quatre mois, il sortit de l'hôpital dans un bon état. L'enfoncement de la région lombaire persistait, et produisait une sensible diminution de la taille du malade.

M. Sinogawitz a eu occasion de le revoir deux ans après; sa marche était ferme, et sa santé robuste. L'enfoncement des vertèbres n'offrait aucun changement.

(*Preussische medicinische Zeitung.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Octobre 1836.)

Pluie de crapauds. — Fluide électrique de la torpille. — Solidification de l'acide carbonique. — Principe odorant du vin. — Lait d'ânesse. — Instruments de lithotritie. — Manne hébraïque. — Inoculation du tartre stibié uni à l'huile de croton tiglium. — Nain d'Illyrie. — Tubes à double conduit pour vider la plèvre sans permettre l'introduction de l'air.

Séance du 3 octobre. — *Pluie de crapauds.* — Aux divers cas de pluies de crapauds que nous avons plusieurs fois mentionnés dans les séances antérieures de l'Académie des sciences, nous ajouterons la communication suivante faite à l'Institut, par M. Cantié, d'Alby. « Je fus surpris, dit-il, par un orage qui m'obligea à me réfugier sous une haie. Il plut et il grêla pendant une heure; lorsque je me disposais à reprendre ma route, un autre nuage, aussi épais que le premier, m'annonça une seconde averse, et je pris le parti de ne pas quitter le toit naturel qui m'avait abrité. Quel fut mon étonnement, lorsqu'au bout de trois ou quatre minutes, je vis tomber autour de moi des têtards presque sans queue, qui, à peine tombés, se dépouillaient d'une espèce d'enveloppe noirâtre, aussi fine que le papier Joseph, et,

devenus crapauds ou grenouilles s'enfuyaient vers les fossés qui bordaient la route.

Fluide électrique de la torpille.—M. Donney adresse l'extrait d'une lettre, dans laquelle M. Mateucci donne les résultats de ses expériences sur 36 torpilles :

1° On obtient la décharge de la torpille, quoique la peau de l'organe ait été enlevée, et même que des tranches de cet organe aient été coupées.

2° Si la torpille ne se décharge pas, il est impossible d'obtenir dans l'intérieur de l'organe la moindre trace d'électricité, soit au galvanomètre, soit au condensateur.

3° L'intensité de la décharge diminue quand on réduit le nombre des filets nerveux qui se rendent à l'organe.

4° Dans l'acte de la décharge, on trouve constamment le courant électrique dirigé du dos au bas-ventre.

5° Trois grains d'hydrochlorate de morphine tuent la torpille en dix minutes, et sa mort est accompagnée de plus fortes décharges et de convulsions.

6° Lorsque la torpille a cessé de donner la décharge électrique, si, mettant le cerveau à nu, on touche le lobe qui donne des nerfs à l'organe, on a des décharges plus fortes, qui ont la direction constante du dos au bas-ventre; mais, si, au lieu de toucher simplement la surface du cerveau, on le blesse sans direction, alors des décharges très-fortes se renouvellent, sans avoir la même constance dans la direction du courant.

Ces faits suffisent, d'après l'auteur, pour démontrer que l'électricité de la torpille ne se produit point dans les organes qu'elle a de chaque côté du cerveau, que le courant reçoit du cerveau la direction, et que l'électricité n'est dans l'appareil que condensée, comme dans une bouteille de Leyde.

Solidification de l'acide carbonique. — M. Thilorier adresse

à l'Académie une lettre, dans laquelle il annonce qu'à l'aide d'un appareil très-simple, il est parvenu à produire instantanément de l'acide carbonique solide, en masses de 15 à 20 grammes, dont la chimie expérimentale peut retirer quelque utilité.

L'auteur, après s'être spécialement occupé des propriétés physiques et chimiques de ce corps, avait entretenu, dans le temps, l'Académie, de ses expériences sur le froid obtenu par l'action de cet agent à l'état liquide, dirigé sur la boule d'un thermomètre. Aujourd'hui, revenant sur ces expériences, il annonce que, lorsqu'il dirigea en 1822, sur la boule d'un thermomètre, un jet d'acide carbonique liquide, la coquille de verre au milieu de laquelle était placée la boule du thermomètre, fut remplie presqu'entièrement, d'une poussière blanche qui avait un caractère particulier, et dont le grain était plus fin que celui de la neige.

Cette substance, qui était *l'acide carbonique solide*, ne fut pas d'abord reconnue pour ce qu'elle était réellement. M. Thilorier crut qu'elle était le résultat de la condensation, sous forme de neige, des parcelles aqueuses par le gaz liquéfié. C'est pour éviter cet inconvénient, qu'il imagina de transvaser l'acide carbonique liquide dans un réservoir séparé.

Ce nouvel appareil, à son grand étonnement, lui donna à l'ouverture du robinet le même produit; aussi, fut-il sur-le-champ convaincu que ce ne pouvait être que de l'acide carbonique solide, ce qui fut constaté en présence de la commission désignée par l'Académie, pour répéter ses expériences sur ce corps à l'état liquide.

Principe odorant du vin. — M. Pelouze, fait connaître le résultat des recherches qu'il a faites, de concert avec M. Liébig, sur le principe odorant du vin. M. Deleschamps, pharmacien à Paris, a obtenu une huile essentielle qui

paraît être le principe cherché. Son odeur est celle du vin vieux. Ses propriétés chimiques l'éloignent de la classe des huiles essentielles, et, sous le rapport de sa constitution, elle jette un nouveau jour sur la chimie, en fournissant le premier exemple d'un véritable éther formé dans l'acte de la fermentation. Cet éther est composé d'un nouvel acide que l'auteur propose d'appeler *œnautique*.

Lait d'ânesse. — M. Peligot, communique le résultat de ses recherches sur le lait d'ânesse; nous nous contenterons d'en résumer la composition et l'analyse :

Matière solide. . .	9,53	Beurre. . . .	1,29
Eau.	90,47	Sucre. . . .	6,29
	100,00	Caseum. . .	1,95

Séance du 10 et du 17. — *Instruments de lithotritie.* — M. Charrière présente deux modifications qu'il a apportées aux instruments lithotriteurs. La première consiste à remplacer l'écrou brisé, déjà employé, par un autre écrou de son invention, qui simplifie le mode de rendre la branche courante, tantôt libre pour la refouler avec la main, tantôt assujettie à un écrou pour la porter au moyen d'une vis contre le calcul; on obtient à sa disposition l'un ou l'autre mode d'agir, en faisant tourner sur son axe une virole d'un quart de tour seulement, ce qui abrège beaucoup le temps.

La deuxième modification consiste en ce qu'il a entièrement fenêtré le fond de la branche fixe de la pince.

M. Charrière a de plus proportionné à la force des instruments la longueur du diamètre de la rondelle qui sert à faire avancer la vis, et qu'il a substituée au volant, de sorte qu'on n'aura plus dans la main assez de force pour briser ou fausser la pince, dans le cas où le calcul offrirait une

dureté trop résistante, accident redoutable et qui peut arriver avec les longs leviers employés aujourd'hui.

M. Bouchon présente également une modification qu'il à fait subir à un instrument lithotriteur, de son invention, présenté dans une autre séance. Cette modification consiste à donner une courbure plus prononcée à l'extrémité vésicale de l'instrument, laquelle facilite son introduction, dans le cas où une tuméfaction de la prostate a rendue plus considérable la courbure de l'urètre.

M. Boucheron, docteur-médecin, écrit qu'il a trouvé le moyen de rendre la vie aux bulbes, qui restent dans un état d'atonie après la chute des cheveux, et demande à faire examiner ses résultats par une commission (commissaires MM. Serre et Double).

M. James lit une note dans laquelle il se propose d'établir que le vaccin vieux et usé n'est pas susceptible de préserver des atteintes de la variole.

M. Thomson lit un mémoire de M. Coste, sur la structure du périnée. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

Séance du 24. — *Manne hébraique* — M. de Mirbel présente à l'Académie un échantillon de la manne dite *manne du ciel* (*manne hébraïque*) qui lui a été apportée par le fils du consul de France à Trébizonde. Cette manne, recueillie sur les feuilles de *l'Elysarum Agadi*, est mêlée avec des débris de feuilles qui lui donnent une couleur d'un brun verdâtre. Sa saveur est sucrée et assez agréable.

Cette substance sera analysée par M. Chevreul.

Inoculation du tartre stibié uni à l'huile de croton tiglium. — M. Lafargue de Saint-Émilion écrit, qu'en continuant ses expériences sur l'inoculation des médicaments, il a obtenu des pustules remarquables, en introduisant sous l'épiderme,

à l'aide d'une lancette, une gouttelette de solution concentrée de tartre stibié et d'huile de croton tiglium.

Nain d'Illyrie. — M. Geoffroy-St-Hilaire annonce qu'il vient d'arriver à Paris, un nain âgé de 22 ans, qui n'a que trois pieds de hauteur. Cet individu qui se nomme Gulia (Mathias), est né le 20 janvier 1815, à Brédia en Illyrie, non loin de Trieste, de parents bien conformés. Son frère qui est grand et bien fait, sert dans les armées autrichiennes. Sa sœur est également d'une taille élevée, et de formes agréables. Gulia paraît avoir cessé de croître à l'âge de 5 ans. M. Geoffroy fait observer que ce qui distingue cet individu de ceux de sa taille, ce sont des formes bien proportionnées et un esprit bien cultivé. Il parle cinq langues, joue du violon, monte à cheval, et montre de l'adresse à la chasse.

Bien que l'arrêt de développement de cet individu ait eu lieu à un âge aussi peu avancé, son état de santé, qui est constamment bon, n'en a éprouvé aucune influence fâcheuse.

Séance du 31. — *Tubes à double conduit propres à vider la plèvre sans permettre l'entrée de l'air dans la poitrine.* — Cette séance n'offre de spécial à la médecine et à la chirurgie, que la présentation et la description, faites par M. Meissiat d'un nouvel instrument de son invention, applicable aux maladies de poitrine. Cet instrument consiste dans la disposition des tubes à double courant, disposés pour être mis en communication avec les cavités de la plèvre, et munis de soupapes et de robinets.

Avec son instrument, dont la description serait aussi fastidieuse qu'inintelligible sans sa présence, l'auteur assure que, dans l'empyème, l'hydro-thorax et le pneumo-thorax, il parvient à débarrasser la plèvre de l'air ou des liquides, graduellement ou promptement, à sa volonté, sans laisser

pénétrer l'air extérieur dans la poitrine. Il peut, de plus, injecter dans cette cavité, selon le besoin, un liquide simple ou médicamenteux. (Renvoyé à l'examen de MM. Dulong, Magendie et Savart.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Octobre 1836.)

Traitement de la gale. — Affections consécutives de la peau dans la syphilis. — De la volonté considérée comme agent thérapeutique. — Coup de feu; baguette implantée dans les vertèbres dorsales. — Influence du climat d'Alger dans la phthisie pulmonaire. — Anneau accidentel dans la hernie inguinale, — Phlébite. — Empyème. — Recherches chimiques sur l'urine. — Acarus de la gale.

Séance du 4 octobre. — *Traitement de la gale.* — M. Bousquet fait un rapport sur un mémoire de M. Malapert, sur le traitement de la gale. Dans ce travail, l'auteur examine le mode de traitement généralement employé. Ce mode présente, selon lui, le double inconvénient d'être dégoûtant, malpropre et peu sûr; ce qui l'a engagé à rechercher un traitement préférable, qu'il croit avoir trouvé dans l'emploi des caustiques en friction et dissous dans l'eau. Le caustique qui paraît à M. Malapert mériter le plus de confiance est le deuto-chlorure de mercure (sublimé corrosif) employé à la dose de douze grains par once d'eau.

M. Récamier fait observer que, dans quelques cas, l'emploi du sublimé a été suivi d'une éruption érysipélateuse;

il préfère l'administration de ce remède en bain plutôt qu'en friction, en ayant soin, toutefois, de s'assurer que la peau ne présente aucune plaie, ce qui exposerait aux inconvénients graves de l'absorption d'un véritable poison.

Affections consécutives de la peau dans les maladies vénériennes. — M. Martins lit un travail sur le rapport qui existe entre les symptômes primitifs de la maladie vénérienne et les affections consécutives de la peau, appelées *syphilides*. D'après l'auteur, les chancres, surtout lorsqu'ils sont accompagnés d'autres symptômes d'infection syphilitique, exposent bien plus souvent à contracter de semblables affections que la blennorrhagie, tandis que l'orchite ou le bubon ne paraissent ajouter aucune influence à la production des syphilides.

M. Martins admet l'existence des syphilides papuleuses, comme les plus fréquentes de toutes, tandis que les pustuleuses sont très-rares chez les adultes. Quant aux tubercules et aux ulcérations, ils sont aussi souvent la suite de blennorrhagies que des chancres.

Généralement, la plupart des syphilides affectent en débutant la face et le cuir chevelu. Pour le laps de temps après lequel elles se manifestent, il est variable ; toutefois, il semble à l'auteur qu'elles se manifestent plus promptement après les chancres, qu'après la blennorrhagie.

Quant aux causes occasionnelles, susceptibles de provoquer leur développement, M. Martins regarde comme les principales les extrêmes de la température, et plus particulièrement l'excès de chaleur.

De la volonté comme puissance morale et moyen thérapeutique. — M. Pariset fait un rapport sur un mémoire de M. Jolly, qui a pour objet de faire considérer la volonté comme un moyen dont la thérapeutique peut se servir avec avantage dans le traitement de quelques maladies. L'auteur regarde

le pouvoir de la volonté comme un agent modificateur puissant des maladies qui reconnaissent pour cause une altération, un trouble, ou un état particulier du système nerveux, tels que la chorée, le hoquet, etc.

M. le rapporteur, après avoir relevé quelques propositions du mémoire, qui paraissent contradictoires entre elles, appuie l'opinion de M. Jolly, qui reconnaît qu'une volonté bien ferme et bien résolue peut régler l'exercice de certaines fonctions qui se sont plus ou moins écartées de leur état normal.

Coup de feu; baguette de fusil implantée dans les vertèbres dorsales. — M. Velpeau, montre la colonne vertébrale de cet officier de la garde nationale, qui est entré dans son service à l'hôpital de la Charité, après avoir reçu dans le dos un coup de feu, au milieu d'un exercice militaire, près de Vanvres. Le malheureux officier fut atteint par la baguette, qui avait été laissée dans le canon du fusil; elle traversa le corps de la cinquième vertèbre dorsale, la cavité droite de la poitrine, et le poumon correspondant, jusqu'au cartilage des côtes. Des efforts considérables furent tentés inutilement pour opérer l'extraction du corps étranger; mais l'impossibilité d'y parvenir engagea à attendre l'établissement de la suppuration. Le malade supportait admirablement la gravité de son mal, lorsque M. Velpeau, résolut d'employer le lendemain un instrument ingénieux, que devait confectionner M. Charrière, propre à opérer sans secousse l'extraction de la baguette; mais il n'y fut point à temps, le malade succomba le jour même, le quatrième depuis l'accident.

MM. Blandin et Ségalas présentent, le premier deux sujets, sur lesquels il a pratiqué diverses opérations d'autoplastie, le second, un jeune enfant qu'il a opéré de la pierre par la lithotritie, à l'âge de 33 mois, en six séances.

Séance du 11. — *Influence du climat d'Alger sur la phthisie pulmonaire.* — D'après la demande qui a été faite à l'Académie par le ministre de l'intérieur, M. Louis fait un rapport sur l'influence que le climat d'Alger peut avoir sur la phthisie pulmonaire, influence qui a été représentée au ministre, par le docteur Costallat, comme très-favorable.

M. Louis, au nom de la commission désignée pour l'examen de cette question, conclut :

1° Que dans l'état actuel de la science, rien ne prouve que le climat d'Alger puisse favoriser la guérison de la phthisie.

2° Que pour établir une décision à cet égard, il faut recourir à une statistique bien faite des cas de phthisie, suivie de renseignements comparatifs sur la marche et la durée de cette maladie à Alger. L'importance du sujet mérite que l'autorité prenne les mesures nécessaires pour assurer les éléments de cette statistique.

3° Que dans le cas où elle serait favorable à la proposition de M. Costallat, celle-ci pourrait être jugée au moyen d'un établissement, qui contiendrait un nombre de lits très-inférieur à celui de quatre ou cinq cents que M. Costallat demande.

MM. Rochoux, Bouillaud et Piorry, s'élèvent contre le doute, dans lequel demeure M. Louis, au sujet de l'influence favorable des climats chauds et tempérés sur la phthisie. M. Bouillaud établit que le froid expose aux inflammations thoraciques, et celles-ci aux tubercules pulmonaires.

MM. Marc et Segond, se renferment comme M. Louis dans le cercle du doute. Le premier prétend que, si l'on consulte les tables de mortalité des Anglais qui sont dans l'usage d'envoyer leurs phthisiques à Madère, on voit clairement que ni ce climat ni aucun autre n'a guéri une seule

phthisie; M. Segond, médecin à Cayenne, compare le climat de cette colonie à celui d'Alger, et ne pense pas qu'il soit plus salutaire qu'un autre aux personnes menacées de phthisie.

Anneau accidentel dans la hernie inguinale. — MM. Canuet et Blandin font un rapport sur une observation de hernie inguinale, opérée par M. Bouchard de Viro, qui a présenté une complication singulière dans la formation d'un anneau accidentel, qui étranglait violemment une anse intestinale, située à deux pouces et demi environ au-dessus du ligament du muscle grand oblique. Le débridement de cet anneau a présenté les plus grandes difficultés, et a permis la réduction des parties déplacées.

Phlébite. — M. Tessier communique à l'Académie le résultat de ses recherches, sur l'anatomie pathologique de la phlébite. Le point qu'il se propose d'établir est que, dans la phlébite, l'exsudation de la matière plastique s'organise de manière à environner le pus, et par conséquent à en empêcher le mélange avec le sang.

SEANCE DU 16. — *Observations sur l'opération de l'empyème.* — MM. Sanson et Bouillaud, font un rapport sur un mémoire de M. Faure, sur diverses observations propres à servir à l'histoire de l'opération de l'empyème, dans les divers cas d'épanchements pleurétiques. Dans ce travail, M. Faure établit que, lorsqu'un épanchement thoracique spontané a été reconnu, si tous les moyens d'en opérer la résolution ont été employés sans succès, il ne faut pas tarder autant qu'on le faisait autrefois, à recourir à la ponction pour l'empêcher de s'accroître et de devenir funeste. L'auteur ajoute une huitaine d'observations de cas dans lesquels il a pratiqué cette opération; la plupart des malades dont il est question ont fini par succomber.

La commission, admettant la proposition émise par M. Faure, pense qu'il n'y a pas été fidèle dans tout son contenu, car s'il eût employé, dit M. Bouillaud, tous les moyens propres à opérer la résolution de l'épanchement, il n'eût pas eu aussi souvent recours à la ponction du thorax. Le rapporteur profite de cette circonstance pour préconiser le traitement des saignées *coup sur coup*, attendu, dit-il, qu'il n'a perdu aucun des malades qu'il a traités suivant cette méthode. Avec ce traitement, ajoute-t-il, on étouffe la pleurésie presque à son début, et l'on ne donne pas à l'épanchement le temps de se faire.

La commission regarde l'opération de l'empyème comme réussissant rarement; mais pourquoi ne réussit-elle pas, demande M. Rochoux, c'est ce qu'on ne dis pas. D'après lui, la plèvre, épaissie et couverte de granulations, s'opposant, après l'évacuation du liquide, à la dilatation et au développement du poumon qui demeure affaissé, est la cause principale de la mort. MM. Martin-Solon, Blandin et Lisfranc parlent dans le même sens, et croient que, si dans la plupart des cas l'opération de l'empyème est suivie de terminaison funeste, ce n'est pas l'opération qui tue les malades, mais la maladie pour laquelle elle est faite.

Après cette courte discussion, le rapport et ses conclusions sont adoptés.

Séance du 25. — *Recherches chimiques sur l'urine.* — M. Laurent fait un rapport sur un travail de M. Duvernoy, médecin à Stuttgard, relatif à des recherches qu'il a faites sur l'urine de l'homme. L'importance qu'il attache avec raison à l'inspection des urines, dans le diagnostic et dans le pronostic des maladies, et surtout des maladies aigües, l'a porté à diriger ses travaux d'une manière toute spéciale sur l'étude de ce liquide. A l'égard de la composi-

tion chimique des urines, ses recherches et ses résultats ne varient point avec ceux de Berzélius; mais, relativement à la semeïotique, il établit que, dans les maladies fébriles, l'urine sécrétée en petite quantité est d'une couleur foncée, et qu'au déclin de la fièvre elle dépose un sédiment plus ou moins considérable, qui offre les colorations variées du rouge de sang au rose. Il établit en outre que la fièvre donne naissance à la formation des acides qui ne se retrouvent pas au même degré dans l'état de santé.

Une discussion s'élève au sujet de ce mémoire : M. Chevalier prétend que l'abondance des acides n'est point le résultat d'un état pathologique, car l'acide urique se développe en plus grande quantité, en mille circonstances différentes. C'est, dit-il, contre les calculs formés de cet acide, que les eaux de Vichy ont une admirable propriété.

M. Bouillaud avance que, quoique les urines soient acides dans les maladies inflammatoires, elles offrent le caractère alcalin dans l'entérite folliculeuse; cet alcali, d'après M. Orfila, est du carbonate d'ammoniaque.

MM. Roux et Ségalas croient que la décomposition des urines n'a pas lieu tant qu'elles restent enfermées dans la vessie; cependant, si dans cet état la muqueuse s'irrite et sécrète du mucus, ce mucus se décompose et donne lieu à de l'ammoniaque.

M. Guibourt pense que les urines peuvent se conserver long-temps, même après leur émission, si on a soin de les enfermer encore chaudes dans un vase bien clos. Elles ne deviennent alcalines que par leur exposition au contact de l'air.

Acarus de la gale dans la production de cette maladie. — M. A. Gras, interne de l'hôpital Saint-Louis, adresse à l'Académie le résultat de ses travaux, au sujet du rôle que joue l'acarus dans la production de la gale. Les conclusions

de ses recherches, qu'il a déjà présentées à l'Institut, sont que :

1° L'acarus existe sur la majorité des galeux, et peut-être sur tous avant le traitement antipsorique.

2° Après la destruction des acarus par l'effet du traitement, bien qu'il existe encore de la démangeaison et des pustules ou papules, qui ne disparaîtront plus tard que sous l'influence d'un traitement méthodique, la maladie n'est plus contagieuse.

3° Les acarus sont les agents de la contagion de la gale.

4° Ils agissent non-seulement par l'irritation locale qu'ils excitent, mais encore d'une manière spécifique, physiologique et vitale au moyen d'un virus particulier, inconnu dans son essence.

M. Émery réclame en faveur de M. Renucci, le mérite d'avoir retrouvé l'acarus, et d'avoir désigné le lieu qu'il occupe, qui est, non dans l'intérieur de la vésicule, mais à côté. Toutefois, M. Biett conteste à ce dernier cette découverte, ainsi qu'à M. Gras celle du défaut de proportions entre le nombre des pustules et celui des acarus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Gangrène par piqûres de sangsues. — Névralgie faciale intermittente. — Extirpation d'une énorme tumeur du vagin. — Hémorrhagie sous-cutanée, épidémique, à Bicêtre. — Déviation singulière des règles.

M. Lemoine communique à la Société deux observations; dans la première, il s'agit d'une pauvre femme de 70 ans, qui, après avoir porté, pendant long-temps, vers la ra-

cine du pouce une *veine qui battait*, appliqua autour de la partie malade un certain nombre de sangsues. Cette application fut suivie de la gangrène, et à la chute de l'eschare, il se manifesta une hémorrhagie artérielle qui nécessita la ligature de l'artère dorsale du pouce, laquelle fut pratiquée par un chirurgien habile et modeste, M. le docteur Michon. La malade, après cette opération, éprouva une amélioration marquée, qui se soutint pendant quelques jours; mais la suppuration de la plaie ayant cessé tout-à-coup, la malade succomba aux accidents de la fièvre de résorption.

M. Lemoine ne découvrit qu'après la mort un vaste ulcère cancéreux, à surface mamelonnée, qui avait détruit tout le sein. La malade avait cette affection depuis plus de six ans, et cependant elle avait conservé un embonpoint très-prononcé; seulement, le teint était jaune-pâlle.

Relativement à la seconde observation, M. Lemoine s'exprime ainsi : « On parle souvent du tableau touchant et animé qu'Arétée nous a présenté dans la description de la phthisie; celle que ce médecin, digne, selon notre illustre Pinel, d'être placé auprès d'Hippocrate, nous a laissée de la céphalalgie, m'a paru si remarquable, qu'ayant à parler à la société d'une maladie qui offre avec celle-ci quelques traits de similitude, je n'ai pu résister au plaisir d'en citer un fragment : « Haud leve malum, quamvis intermittit, quamvis exiguum esse primâ specie videtur; » nam, si acutè interdùm impetum faciat, fœda atque atrocia detrimenta; nervi distenduntur, facies obtorquetur; » oculi nec contenti instar cornu rigidi sunt, vel hùc atque » illùc interiùs convelluntur, ac vertiginosè agitantur; in » ipsis dolor profundus usque ad intimas tunicas descendit. » Sudor ex tendonibus immodicus effluit repentè neque co-

»hiberi potest..... Nausea et vomitus biliosus concitantur : »homo consistere nequit et in terram dilabitur.» (Aretée, »p. 27 de Cephalæâ.)»

« Le 10 avril dernier, continue M. Lemoine, je fus appelé à donner mes soins à un serrurier, demeurant rue de la Bûcherie. Cet homme, de petite taille, assez bien musclé, ayant des cheveux noirs, âgé de 28 ans, n'avait jamais eu jusqu'alors que des douleurs rhumatismales qui ne l'empêchaient pas de se livrer à ses travaux ordinaires. Mais, la veille, à cinq heures du matin, il avait éprouvé, au-dessus du sourcil gauche, une douleur déchirante qui avait envahi ensuite tout le côté gauche de la tête. Elle avait persisté jusqu'à midi avec la même intensité. A partir de cette heure, elle avait diminué jusqu'à trois heures, moment où elle avait cessé, ne laissant au malade d'autres traces de son passage qu'un engourdissement peu pénible. Pendant que le malade me rendait ainsi compte de ses douleurs, j'observais attentivement l'expression de sa figure ; il était onze heures, et l'accès était au plus haut degré d'intensité. Il était très-pâle ; l'œil gauche était fermé ; les larmes s'en écoulaient ; la narine gauche laissait aussi exhaler une sérosité limpide ; l'artère temporale, beaucoup plus développée à gauche qu'à droite, présentait des pulsations très-fréquentes ; le corps était couvert de sueurs. L'indication était précise ; je prescrivis dix grains de sulfate de quinine en pilules. Le lendemain, dans l'après-midi, je revis mon malade que je trouvai très-gai et espérant une prochaine guérison : l'accès s'était à peine fait sentir. Le 12 avril, le bienfait du sulfate de quinine n'avait pas été aussi remarquable, j'en augmentai la dose les jours suivants et la portai jusqu'à vingt grains en l'unissant à l'opium ; mais la douleur persistait toujours, quoique moins atroce. J'établis alors un petit vésicatoire au-dessus du trou orbitaire

supérieur, et j'appliquai un quart de grain de sulfate de morphine sur le corps muqueux dénudé; en même temps, je donnai le sulfate de quinine que j'avais suspendu, voyant son insuffisance. Il fut administré, pendant deux jours, à la dose de dix grains : il n'y eut pas la moindre douleur. Curieux de savoir à quel agent j'étais redevable de l'amélioration de l'état du malade, je n'appliquai pas le lendemain de sel narcotique, je ne donnai pas de sulfate de quinine, et la douleur revint aussi déchirante qu'au commencement. J'employai alors le sulfate de morphine seul, en ayant soin de bien surveiller l'état du vésicatoire, et j'eus la satisfaction de voir mon malade parfaitement guéri en six jours. Je n'ai pas dépassé, dans ces applications, trois quarts de grain de sulfate de morphine. »

M. Tanquerel des Planches fait remarquer à M. Lemoine qu'il n'a pas suffisamment insisté sur les symptômes. Ainsi, il aurait été utile de savoir si la douleur se propageait du trou sous-orbitaire à la narine, à l'oreille, à la langue. Car, il est rare dans les névralgies de la cinquième paire de voir la douleur bornée à une seule branche de ce nerf. M. Tanquerel demande aussi à M. Lemoine si son malade avait des mouvements convulsifs.

M. Lemoine répond qu'il n'en a point observé.

M. Chailly a vu, dans ces cas, des douleurs très-vives se faire sentir dans d'autres points que ceux où se rend le nerf malade.

M. Tanquerel croit, au contraire, avoir observé que, quand la douleur reste fixée exclusivement sur le nerf ou le filet nerveux primitivement affecté, elle est toujours très-vive. Lorsqu'elle s'irradie aux anastomoses, elle est alors obtuse le plus souvent.

Répondant ensuite à M. Maingault, qui avait dit que la douleur de la cinquième paire ne peut donner lieu à des

mouvements convulsifs, M. Tanquerel soutient l'opinion opposée, se fondant sur l'anatomie, qui prouve l'existence d'un grand nombre d'anastomoses entre les filets nerveux de la cinquième paire et ceux de la septième. Sans doute le nerf de la cinquième paire, qui est un nerf du sentiment, ne déterminera pas par lui-même de mouvements convulsifs. Ceux-ci ne peuvent être rapportés qu'à l'irritation par sympathie de la septième paire.

M. Delens établit qu'il est d'observation que le sulfate de quinine réussit moins bien dans les névralgies intermittentes de la face que dans les fièvres intermittentes proprement dites.

MM. Sandras et Prus rapportent des cas de névralgies intermittentes de la face qu'ils ont guéries par le sulfate de quinine à haute dose.

M. Garnot entretient la société d'une malade pour laquelle il a été appelé en consultation par M. Amussat. Pendant la consultation, la malade fut opérée d'une tumeur existante dans le vagin, et qui avait été prise à tort pour un polype. M. Amussat a mis la tumeur sous les yeux de l'académie, en donnant quelques détails sur l'opération. M. Garnot communique à la société de nouveaux renseignements sur ce cas intéressant.

Madame B...., âgée de 42 ans, mariée depuis plusieurs années, n'ayant jamais eu d'enfants, a été bien réglée jusqu'au mois d'octobre dernier, époque à laquelle il survint une légère hémorrhagie, qui fut suivie, à peu de jours d'intervalle, d'une seconde. Ce dernier accident lui donna beaucoup d'inquiétude. Jusqu'à ce jour; madame B..... n'avait pas soupçonné qu'elle eût une tumeur, n'en ayant jamais été incommodée. Ce n'est que depuis six mois environ que, rendant des glaires sanguinolentes, et craignant d'avoir un ulcère de la matrice, elle se décida à appeler

M. C..... L'exploration du vagin lui ayant fait penser qu'il existait un polype, il engagea la malade à se faire opérer par M. Amussat. Celui-ci appela M. Dubois en consultation pour déterminer la nature de la tumeur. M. Dubois conservant de l'incertitude à cet égard, de nouveaux consultants furent appelés. MM. Breschet et Garnot explorèrent tour-à-tour le vagin et reconnurent une tumeur lisse et molle, présentant le volume de la tête d'un fœtus de cinq à six mois. Cette tumeur, située transversalement à la partie supérieure du vagin, était libre en avant ; en arrière, elle adhérait à la moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin. Malgré des recherches multipliées, les consultans ne purent pas reconnaître le col de la matrice. Néanmoins, séance tenante, l'opération fut décidée et pratiquée. Après avoir saisi la tumeur avec des érignes doubles et des pinces de Museux, on chercha à porter une ligature ; mais les adhérences cédant dans divers points, M. Amussat pensa dès-lors que l'on ne viendrait à bout d'enlever la tumeur que par le déchirement et la torsion des lambeaux. A chaque traction exercée sur la tumeur pour la faire jaillir au dehors, il se détachait des portions d'un corps que l'on a reconnu être une loupe graisseuse. En même temps, il s'échappait une certaine quantité de sang. Enfin, après des efforts souvent répétés, le reste de la tumeur, qui avait encore un volume égal à celui de la moitié d'un placenta ordinaire, fut expulsé de la même manière que l'est ordinairement ce dernier. L'opérateur s'empressa alors de déchirer les dernières adhérences de la tumeur avec le vagin. Le sang qui s'écoula pendant et après l'opération ne fut pas en assez grande quantité pour donner des craintes.

La tumeur enlevée, les consultants et l'opérateur touchèrent facilement le col de l'utérus, et reconnurent que son orifice n'était nullement dilatée. Ils purent aussi ap-

précier les rugosités que la déchirure des adhérences laissait à la paroi postérieure du vagin; elles parurent avoir de l'analogie avec celles de l'implantation du placenta sur l'utérus.

La malade va très-bien depuis l'opération.

M. Garnot fait remarquer, en finissant, que les tumeurs sébacées du vagin sont extrêmement rares.

M. Delens voudrait qu'on fît l'analyse chimique de la tumeur, pour vérifier si elle mérite le nom de *sébacée* qu'on lui donne. On a désigné de la sorte des tumeurs et des produits qui, par leur nature, méritaient une autre dénomination. Il résulte en effet de recherches sur ce sujet que les produits de sécrétion que l'on rencontre aux aines, aux ailes du nez, entre les orteils, à l'ombilic, à la base du gland, ne sont rien moins que sébacées, comme on l'a trop long-temps prétendu. Ils ne graissent pas le papier, et loin de se ramollir à la chaleur, ils se dessèchent, durcissent et perdent l'odeur qui les caractérise; en un mot, tout annonce qu'on doit les considérer comme muqueux ou albumineux et non comme *sébacés*.

M. Prus annonce à la société qu'il règne depuis quelques mois à l'hospice de la Salpêtrière une épidémie d'hémorrhagies sous-cutanées, auxquelles il croit pouvoir donner le nom d'apoplexie cellulaire. Cette maladie est caractérisée, au début, par une douleur vive sous la malléole externe de l'une des deux jambes, bientôt suivie d'une ecchymose plus ou moins large sur le point affecté. Quelquefois, mais rarement, cette ecchymose et la douleur qui l'accompagne se montrent au genou. Il y a chaleur vive à la peau et assez fréquemment un mouvement fébrile prononcé. Combattue par des saignées générales et locales, par la compression et l'application de compresses imbibées d'une liqueur résolutive, la maladie se dissipe au bout de trois ou quatre se-

maines, laissant après elle des douleurs qui se prolongent pendant quelque temps. Dans quelques cas rares (deux fois sur plus de quarante malades), cette affection s'est terminée par suppuration ; de petits abcès se sont formés sur les points ecchymosés. On les a ouverts avec la lancette et il en est sorti un pus rougeâtre. Un des médecins de l'hospice a cru devoir attribuer ces ecchymoses à une inflammation des veines ; mais les recherches faites sur le cadavre de quelques femmes, qui ont succombé à d'autres maladies, au moment où elles étaient atteintes de ces ecchymoses épidémiques, n'ont point confirmé cette opinion. Les veines et les artères, examinées avec le plus grand soin, n'ont présenté aucune trace de lésion.

M. Prus se demande si cette maladie peut être confondue avec le scorbut. Il ne le pense pas. Elle en est distincte par le lieu d'élection, la malléole externe, par les douleurs, par la chaleur très-grande de la peau, par l'état généralement sain des gencives, par le développement et la fréquence du pouls, par l'époque de l'année où elle s'est montrée, avril, mai et juin ; enfin, par la terminaison, la suppuration qui a eu lieu quelquefois. Ces symptômes, bien différents de ceux qui accompagnent le scorbut, empêchent de confondre ces deux maladies.

M. Chailly a donné des soins à une femme chez laquelle il a observé les phénomènes indiqués par M. Prus. Cette maladie diffère, selon M. Chailly, du scorbut aigu qu'il a observé sur les soldats de l'armée d'Italie. La maladie avait commencé à Venise, et fut portée de là à Spalatro, où M. Chailly a eu occasion de la voir. Elle était caractérisée par de larges ecchymoses aux membres, par des indurations fort étendues, par une altération profonde des gencives. Les malades pouvaient être divisés en trois classes par les symptômes qui prédominaient. Ainsi, les uns avaient

des pétéchies, d'autres des ecchymoses; chez d'autres, enfin, la bouche était malade sans pétéchies ni ecchymoses. C'est parmi ces derniers que la mortalité fut plus grande.

M. Burdin a vu le scorbut en 1798, sous M. Fodéré. L'hôpital d'Embrun, auquel il était attaché, fut encombré de scorbutiques dans l'espace de quinze jours. Le scorbut y sévit avec une violence extrême. Les malades avaient des ulcérations profondes à la bouche, avec fétidité de l'haleine; fièvre intense, perte d'appétit, délire, pétéchies nombreuses, larges indurations dans les jambes. La maladie durait de vingt à trente jours, quel que fut le traitement employé pour la combattre. La mortalité fut peu considérable, quoique la maladie parût très-grave. M. Burdin fait observer que dans cette épidémie le scorbut ne ressemblait pas à celui qu'il a été appelé à traiter dans la pratique particulière.

M. Roche ne reconnaît pas le scorbut aigu, tel que les auteurs le décrivent dans la description de l'épidémie signalée par M. Burdin. Le scorbut aigu s'observe sans altération des gencives. Aussi ne devrait-on pas conclure, de l'absence de ce symptôme chez les malades de M. Prus, que leur maladie n'était pas le scorbut aigu. M. Roche a vu cette dernière maladie sans altération des gencives.

M. Delens fait un rapport favorable sur *le Manuel de l'étranger aux eaux d'Aix, en Savoie*, par M. le docteur Despine fils, médecin à Aix.

Un membre de la société, qui l'avait déjà entretenue d'une déviation remarquable des règles chez une jeune personne, dit qu'il a eu occasion de revoir celle-ci avec un de ses confrères. Chez cette jeune fille les menstrues ont eu lieu régulièrement aux trois dernières époques; elles ont flué, comme de coutume, par la racine des ongles des dix doigts des mains. Il se fait par ces points un suintement sanguin qui dure deux ou trois jours, après lesquels le sang

cesse de couler. Dans l'intervalle des époques, les doigts ne présentent aucune trace de lésion. Cet état, qui est sans aucune douleur, persiste depuis sept mois, et ne s'accompagne d'aucun signe d'une menstruation normale.

VARIÉTÉS.

Rapport fait à la Société de médecine de Paris.— Notice sur M. Demours.— Prix de St-Pétersbourg.

Rapport fait à la Société de médecine de Paris, sur le concours ouvert par elle en 1835 (1).

Commissaires : MM. Audouard, Gaso, Delens, Deville, Roche, Burdin et Prus rapporteur.

Messieurs,

Votre commission s'est occupée avec zèle de la mission que vous lui avez confiée. Elle vient vous rendre compte, par mon organe, du résultat de ses travaux.

Dans tous les temps, les fièvres graves ont frappé l'attention des médecins. Les anciens, avec cette patience d'observation et cette sagacité admirable qu'ils portaient dans l'étude des phénomènes morbides, ont bien connu et bien décrit les symptômes, la marche et les terminaisons de ces maladies redoutables. On s'étonne qu'ils aient pu porter aussi loin la justesse du pronostic.

Mais, hâtons-nous de le dire, quelqu'analogie, quelque ressemblance que présentent les symptômes des fièvres

(1) Imprimé par décision de la Société.

graves dont les anciens nous ont laissé le tableau, avec les symptômes de celles désignées aujourd'hui sous le nom de fièvres typhoïdes, qui pourrait affirmer qu'il y a identité entre ces affections? Qui pourrait dire que nos fièvres typhoïdes se terminent aussi souvent par des crises que les fièvres des anciens? Le contraire n'est-il pas démontré par les recherches modernes (Louis, Chomel)? Et, d'une autre part, qui nous apprendra si les fièvres graves des temps reculés étaient, ou non, accompagnées de ces altérations si remarquables que nous voyons dans les plaques elliptiques de Peyer, et dans les follicules isolés que Peyer a également décrits le premier, mais qui cependant portent le nom de Brunner?

Quoi qu'il en soit, il était réservé au dix-neuvième siècle de signaler d'une manière rigoureuse les altérations pathologiques que la fièvre typhoïde laisse à sa suite. En vain prétendrait-on qu'on trouve dans les ouvrages de Baglivi, de Morgagni, de Rœderer et Wagler, de Sarcône, de Stoll et de quelques autres auteurs l'indication d'ulcères intestinaux existant chez des sujets morts de fièvres graves. Ces faits, en contradiction avec les idées régnantes, passèrent inaperçus et restèrent stériles. La gloire d'avoir démontré l'importance, dans les fièvres typhoïdes, des lésions de l'intestin et du mésentère, appartient à MM. Petit et Serres (1811). Bientôt après (1816), M. Broussais, ne voyant dans les fièvres que l'expression symptomatique de la gastro-entérite, n'hésita pas à supprimer du cadre nosologique la classe entière des fièvres, que Pinel avait pris tant de peine à édifier. La révolution pyrétologique opérée par M. Broussais a été, il faut le reconnaître au moins pour la fièvre typhoïde, consacrée d'une manière générale par presque tous les médecins recommandables qui ont écrit sur ce sujet depuis cette époque; qu'il me suffise de rappeler ici

solution donnerait ou du moins avancerait singulièrement toutes les autres.

La société a espéré qu'un médecin, s'affranchissant de tous les préjugés d'école, de pays et de temps, tirant, des faits connus et de ceux qu'il pourrait y ajouter, des données nouvelles, puiserait dans ses méditations, j'ai presque dit dans son génie, une de ces vérités fécondes qui rallient les théories incomplètes, et dissipent celles qui ne sont que le produit de l'erreur.

Deux combattants seulement sont descendus dans la lice. Ce petit nombre doit être attribué à la difficulté de la question, au temps trop court accordé pour la résoudre; enfin, il faut le dire, au peu de publicité donnée au concours ouvert par la société. Une analyse succincte des deux mémoires qui vous ont été adressés, vous fera connaître les points que votre commission croit devoir vous signaler plus particulièrement.

L'auteur du mémoire n° 1, après avoir établi le sens à donner aux mots *affections typhoïdes*, après avoir tracé un tableau abrégé, mais exact, des symptômes et des lésions de cette maladie, cherche où est la vérité dans les trois propositions suivantes :

1° *La fièvre typhoïde n'est point une maladie à part qui mérite une place à elle en nosologie, avec une description particulière : ce n'est qu'une forme de gastrite ou de gastro-entérite.*

2° *La fièvre typhoïde est une phlegmasie intestinale dans le principe; mais bientôt la maladie se généralise par altération consécutive du sang.*

3° *La fièvre typhoïde est une affection générale, une maladie accompagnée d'éruption intestinale et non une maladie causée par cette éruption* (Bretonneau); *et selon, MM. Louis, Chomel et quelques autres médecins, elle a peut-être son point de départ dans une altération primitive du sang.*

Avant de résoudre les trois questions qu'il s'est posées, l'auteur fait l'*historique* de la fièvre typhoïde, rendant bonne justice à chacun; puis il traite avec quelqu'étendue ce qui concerne la *synonymie*. Il fait sentir avec beaucoup de raison de combien de notions précieuses nous nous privons en n'étudiant pas suffisamment la signification des termes employés par nos prédécesseurs. C'est là, pour le dire en passant, la cause de l'oubli où sont tombées de vieilles et utiles vérités, tandis que chaque jour on énonce des idées dont l'erreur a été démontrée depuis long-temps.

Je n'insisterai pas sur les arguments par lesquels l'auteur est conduit à résoudre négativement la question de savoir si la fièvre typhoïde est une simple entérite ou une simple gastro-entérite. La conviction de l'auteur est aujourd'hui partagée par tous les médecins, nous vivons dans un temps de scepticisme éclairé, qui ne permet pas un long règne aux idées exagérées et exclusives.

La seconde question est bien plus susceptible de controverse; il s'agit, en effet, de déterminer si la fièvre typhoïde est une phlegmasie intestinale avec lésion consécutive du sang.

L'auteur, rappelant toutes les allégations mises en avant pour soutenir cette opinion, établit :

1° Qu'on a commis une grave erreur d'observation lorsqu'on a dit que la douleur de bas-ventre précède *toujours* l'apparition de la fièvre;

2° Qu'il n'est pas vrai que le délire soit *toujours* le résultat sympathique de l'affection du bas-ventre.

3° Que dans les cas peu nombreux, mais certains, où la membrane muqueuse intestinale n'a pas été affectée, il est impossible d'admettre que les symptômes adynamiques et ataxiques aient été le résultat de lésions qui n'existaient pas.

rencontre dans l'immense majorité des cas de fièvre typhoïde.

Le sang, enfin, présente très-fréquemment dans la fièvre typhoïde, et presque constamment dans les empoisonnements septiques, une plus grande liquidité, une difficulté extrême à se coaguler, certaines altérations dans son aspect, dans sa couleur, dans son odeur, etc.

L'auteur convient néanmoins que souvent le sang n'offre pas d'altération perceptible à nos sens. Que faut-il en accuser? La chimie animale, qui ne peut pas retrouver dans le sang telle ou telle substance qu'elle injecte dans les vaisseaux, et qui, à plus forte raison, sera incapable de découvrir et de saisir un miasme qui ne se manifeste que par ses effets nuisibles.

La conclusion définitive de l'auteur est celle-ci : *la fièvre typhoïde doit être considérée comme le résultat d'une altération primitive et spéciale du sang, dont l'effet, on peut dire constant, est une éruption varioliforme de la tunique muqueuse de l'intestin.*

Toutes les autres altérations notées par les observateurs ne sont que secondaires.

Tel est, messieurs, le mémoire n° 1 : une instruction variée, de la netteté, de la précision, du nerf dans l'idée et dans l'expression, une dialectique pressante rendent sa lecture aussi intéressante qu'agréable. En un mot, c'est une bonne thèse en faveur de l'opinion soutenue par l'auteur. Mais, est-ce une démonstration, est-ce la solution complète, positive, certaine de la question que vous avez proposée? votre commission ne le pense pas. Elle regrette que l'auteur se soit renfermé dans un cercle aussi étroit que celui qu'il s'est tracé, elle regrette qu'un homme, qui a nécessairement beaucoup vu, ne se soit appuyé sur aucune observation à lui appartenant, qu'il n'ait fait ou ré-

pété aucune expérience, que toujours il ait disserté et argumenté en s'étayant sur les observations ou les paroles des autres. C'est là une grande lacune que votre commission signale avec d'autant plus de peine, qu'elle rend pleine justice au talent incontestable de ce concurrent.

Le mémoire n° 2 se compose de trois parties.

Dans la première, l'auteur expose avec ordre et clarté toutes les altérations pathologiques, soit des solides, soit des liquides, qui ont été constatées à la suite des fièvres typhoïdes, par les meilleurs observateurs et par lui-même.

C'est ainsi qu'il a trouvé le ramollissement de la muqueuse gastrique 18 fois sur 49 cas, tandis que M. Chomel l'a rencontré 14 fois sur 42 cas, et M. Louis 14 fois sur 46 cas.

On se tromperait, dit-il, si l'on croyait, d'après M. Louis, que l'altération des plaques elliptiques de Peyer est *constante*. On trouve, rarement, si l'on veut, mais enfin on trouve quelquefois une entérite villeuse sans aucune trace d'entérite folliculeuse. C'est ce qu'a vu M. Andral 2 fois sur 30 cas de fièvre typhoïde; c'est ce qu'a vu 9 fois M. Casimir Broussais; c'est ce que l'auteur a constaté 4 fois sur 51 cas.

Chez un sujet mort avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde, il a trouvé, pour toute lésion, la saillie des follicules de Brunner.

Sur 49 cas, il a vu cinq perforations. MM. Bretonneau et Louis en ont rencontré : le premier 8 sur 80 cas, le second 8 sur 55. Quelle reconnaissance ne mériterait pas celui qui nous apprendrait à prévenir les ulcérations de l'ileum, qui ont si fréquemment une terminaison funeste! Est-il donc vrai que les purgatifs administrés au début de la maladie préviennent ou diminuent notablement l'éruption intestinale?

L'auteur étudie avec le plus grand soin les altérations que présentent la langue, la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, les organes de la respiration, de la circulation, de l'innervation, de la locomotion. Puis il passe en revue le foie, la vésicule biliaire, le pancréas, les ganglions du mésentère et de l'épiploon, les glandes salivaires, les reins, la vessie, les organes génitaux; enfin, la peau si susceptible alors d'ulcérations gangréneuses.

Dans ce chapitre sont renfermées toutes les notions positives que l'on possède sur l'altération des solides dans la fièvre typhoïde; votre commission ne peut qu'applaudir à la méthode employée par l'auteur et qui lui a permis de ne négliger aucun point important. Sa conclusion est, que les altérations du tube digestif ne manquent jamais et qu'on est fondé à les regarder comme la lésion anatomique et caractéristique de l'affection typhoïde.

Passant aux altérations des liquides, l'auteur fait sentir l'extrême difficulté de leur étude, c'est une partie de la science qui n'est que bien imparfaitement ébauchée. C'est peu pour ce genre de recherches d'être médecin ou chimiste; il faut être l'un et l'autre : aussi peu d'hommes peuvent-ils se livrer à des analyses aussi difficiles, aussi dispendieuses que les sociétés savantes et les gouvernements devraient encourager par tous les moyens à leur disposition. Et pourtant, cette étude est le complément nécessaire de l'anatomie pathologique des solides. Un bon ouvrage sur ce point renverserait bien des théories erronées et ouvrirait une large voie aux progrès de la thérapeutique.

L'auteur du mémoire qui nous occupe rapporte tout ce que la science contient de positif sur les altérations physiques et chimiques que subissent, dans la fièvre typhoïde,

le sang, la bile, l'urine, les matières gastro-intestinales, la sueur, la sérosité céphalo-spinale.

Il résulte d'un grand nombre de recherches comparatives auxquelles il s'est livré, que le liquide céphalo-spinal, existe en plus grande abondance dans la fièvre *adynamique* que dans la fièvre *ataxique*. Cette conclusion, ajoute-t-il, concorde tout-à-fait avec les recherches de Morgagni, qui n'a trouvé qu'une petite quantité de sérosité dans les cas de fièvre ataxique, et de M. Barbier d'Amiens, qui rapporte la débilité musculaire générale, dans la fièvre adynamique, à la compression exercée par le fluide surabondant sur l'axe cérébro-spinal et sur les nerfs intervertébraux.

Vient ensuite la seconde partie du mémoire, laquelle a pour but la solution directe de la question proposée par la société.

L'auteur commence par la longue énumération des opinions anciennes et modernes sur la nature des fièvres en général. Cela fait, il s'efforce de déterminer la valeur de chaque altération pathologique pour arriver à la connaissance des lésions primitives et secondaires dans la fièvre typhoïde. Nous ne le suivrons pas dans cette appréciation qui l'entraîne à des redites inévitables. Il arrive enfin aux conclusions définitives, que voici :

«1° Les altérations de l'intestin grêle et des ganglions du »mésentère sont primitives.

» 2° Les altérations de la langue, de la bouche, du pha»rynx, de l'œsophage, de l'estomac, du duodenum, du »gros intestin, des matières intestinales, des organes de la »respiration, du sang, des organes de la circulation, de »l'innervation, de la sérosité céphalo-spinale, des muscles, »du foie et de la bile, des reins et de l'urine, de la rate, de »la peau et de la sueur sont *secondaires* : et par altérations

» secondaires nous voulons dire altérations *accidentelles*, » *sympathiques* ou *consécutives*.

» Mais les altérations du gros intestin, des matières in- » testinales, du sang, des organes de la circulation et de » l'innervation nous semblent pouvoir être primitives dans » quelques cas.

» Que si l'on nous demandait ensuite quelle est la nature » ou la cause des symptômes *adynamiques* et *ataxiques* qui » caractérisent les fièvres typhoïdes, nous dirions :

» 4° La fièvre *adynamique* est due à l'altération du sang » et des autres fluides, altération qui peut être primitive, » mais qui, dans la majorité des cas, se produit secondai- » rement ou *consécutivement* à l'entérite folliculeuse aiguë.

5° La fièvre *ataxique* est due à l'irritation des centres » nerveux, irritation *sympathique* de l'inflammation d'un » autre organe, presque toujours de l'entérite folliculeuse » aiguë.

» 6° La fièvre ou les symptômes ataxo-adynamiques qui » sont souvent réunis chez le même sujet, dépendent, en » même temps, de l'altération *secondaire* du sang et de l'ir- » ritation *sympathique* du centre cérébro-spinal.

Votre commission, messieurs, estime qu'une bonne et complète exposition de toutes les lésions pathologiques observées dans les solides et les liquides des sujets morts de la fièvre typhoïde, est la partie importante et surtout digne d'éloge du mémoire n° 2. On peut encore louer, dans la discussion sur la valeur de chaque lésion, une bonne foi remarquable et un éloignement prononcé pour tout système exclusif. Serait-ce à cette tendance qu'il faudrait attribuer cette réponse, un peu large, qui déclare altérés primitivement, dans les fièvres typhoïdes, tantôt le sang, tantôt le système nerveux, tantôt le gros intestin, tantôt la muqueuse du petit intestin (entérite villeuse), tantôt les

follicules isolés de Brunner, tantôt, enfin, et presque constamment, les plaques elliptiques de Peyer.

Je ne dois pas oublier de dire que le mémoire n° 2 est terminé par l'indication sommaire de 74 cas de fièvre typhoïde observés par l'auteur. Ces observations lui ont, sans doute, fourni des données fort utiles pour ses descriptions et pour les déductions qu'il en a tirées; mais, dépourvues de toute espèce de renseignements sur les causes, les symptômes et la marche de la maladie, ce sont des faits nécessairement stériles pour d'autres que celui qui les a recueillis. On regardait, il y a quelques années, comme incomplète toute observation qui n'était pas suivie de l'ouverture du cadavre, et l'on avait jusqu'à un certain point raison. Mais, c'est donner dans un écueil non moins préjudiciable aux progrès de la science, que de présenter des observations sans indications de causes, sans description de symptômes.

Je m'arrête, messieurs, et si le rapporteur de votre commission vous a fidèlement rendu les impressions qu'a fait naître en elle la lecture attentive des deux compositions sur lesquelles vous êtes appelés à prononcer en dernier ressort, vous avez déjà compris que, dans son opinion, il n'y a pas lieu à décerner le prix mis au concours.

Cependant, considérant que les deux mémoires qui vous ont été adressés contiennent, l'un une dissertation fort intéressante sur la question proposée, l'autre des recherches qui, si elles n'ont pas résolu le problème, tendent directement à en avancer la solution, votre commission a l'honneur de vous proposer de décerner à l'auteur du mémoire n° 2 une médaille de la valeur de 500 francs, et à l'auteur du n° 1 une médaille de la valeur de 200 fr.

Décision de la Société.

La Société de médecine de Paris, après avoir entendu le rapport de la commission des prix, arrête :

Art. 1er. — Aucun des deux concurrents n'ayant résolu d'une manière complète la question proposée, il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Art. 2. Toutefois, la Société voulant récompenser les efforts et le talent remarquable dont ces concurrents ont fait preuve, décide que la somme de 700 fr. quotité du prix qu'elle avait proposé, sera répartie de la manière suivante, savoir :

Une médaille de la valeur de 500 fr. sera remise à l'auteur du mémoire n° 2 ;

Et une médaille de 200 fr. à l'auteur du mémoire n° 1.

Art. 3. La question est retirée du concours.

Il est immédiatement procédé à l'ouverture des billets cachetés contenant les noms des concurrents.

L'auteur du mémoire n° 2 est M. le docteur Montault, chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

L'auteur du mémoire n° 1 est M. le docteur Léonardon, demeurant à Montpont (Dordogne).

Paris, ce 4 novembre 1836.

Notice sur M. Demours, lue à la Société de médecine par M. Prus, secrétaire-général.

La Société de médecine de Paris a perdu, par la mort de M. Demours, un de ses membres les plus anciens et les plus assidus. Pour faire son éloge il suffira de raconter sa vie.

Fils de M. Demours, docteur-régent de la Faculté de Paris, membre de l'Académie des sciences et médecin-oculiste du roi, il profita si bien des conseils de son père, il sut si bien puiser aux sources d'instruction qui lui furent ouvertes, que dès 1784, c'est-à-dire à 22 ans, il était lui-même docteur en médecine et avait obtenu le brevet de survivance de médecin-oculiste du roi. Depuis cette époque, M. Demours continua à se livrer sans relâche à l'étude et à l'application de la médecine oculaire. Rien de ce qui concernait cette branche de l'art, qu'il cultivait avec une vocation, une prédilection qui ne se sont jamais démenties, n'échappait à sa curiosité. Il s'acquit bientôt, par une pratique aussi habile que consciencieuse, une juste célébrité. Qu'on ne croie pas cependant qu'il s'enfermât dans sa spécialité; quelque vaste que soit le domaine de celle-ci, il savait que les sciences vivent de comparaisons. Aussi ne négligeait-il aucune partie de la médecine. Personne n'applaudissait plus volontiers que lui aux découvertes, aux vérités utiles publiées par ses confrères. Les membres de la Société se rappellent avec quelle bienveillance, avec quelle abnégation de lui-même il saisissait les occasions de louer les travaux des autres. Sans cesse occupé à augmenter le trésor de nos connaissances, il voyait avec plaisir celui-ci s'accroître par les recherches de ses confrères, et s'inquiétait fort peu de savoir si sa part de gloire serait au-dessus ou au-dessous de celle de ses collaborateurs. Noble et généreux exemple qu'il est bon de proposer à l'imitation des contemporains, dans ce temps où la concurrence est si grande, où les rivalités sont si nombreuses et si actives!

Nommé oculiste du roi en 1814, M. Demours reçut, en 1815, la décoration de la Légion-d'Honneur.

En 1818, il publia son grand ouvrage sur les maladies des yeux, et en 1821 son précis sur le même sujet.

M. Demours était membre titulaire de l'Académie royale de médecine, membre résident de la Société de médecine de Paris et du Cercle médical, membre correspondant de l'Université impériale de Wilna et des Sociétés de médecine de Montpellier, de Marseille, de Rouen, de Tours et d'Orléans.

M. Demours avait deux filles et un fils sur lequel reposaient ses plus chères espérances. Il voulait que son fils fût pour lui ce qu'il avait été pour son père. Le sort trompa cruellement son espoir. Au mois d'août dernier, ce fils, monté sur un frêle esquif qu'il dirigeait lui-même sur la Seine à l'aide d'une voile, ne craignit pas de braver la violence du vent et des vagues, et paya de sa vie cette témérité de jeune homme. Le malheureux! il avait tué son père du même coup. Depuis plusieurs années M. Demours avait ressenti quelques symptômes annonçant une maladie du cœur, maladie qui, par la lenteur de sa marche, ne paraissait menaçante que dans un avenir assez éloigné. La perte de son fils aggrava tellement cette affection, que, malgré les secours les mieux appropriés à son état, malgré les conseils pleins d'affection de son ancien et digne ami M. Réveillé-Parise, il succomba le 4 octobre 1836, entouré des soins des membres restants de sa famille.

Demours! homme de science! homme de bien! la Société de médecine paie de ses regrets profonds ton zèle ardent pour les progrès de l'art, et cette excellente confraternité dont tu étais le modèle et qui fait le charme de ses réunions.

Question de prix proposée par la Société allemande de médecine de Saint-Pétersbourg.

La société décernera un prix de la valeur de mille rou-

bles, sans partage, au meilleur mémoire sur l'ophthalmie d'Égypte.

La société désire que les concurrents satisfassent complètement aux points suivants : 1° donner une description exacte des différents périodes de la maladie ; établir avec soin le diagnostic différentiel de cette ophthalmie d'avec les autres affections qui lui ressemblent : des dessins d'après nature seraient fort à desirer; faire l'examen des différences remarquables qui existent entre les auteurs et en étudier la cause.

2° Faire connaître la nature pathologique de l'ophthalmie d'Égypte; examiner si c'est une affection spécifique, ou si elle n'est qu'une modification d'une autre forme de maladie oculaire. Décider par des faits si la maladie est contagieuse; et dans le cas où elle le serait faire connaître si la maladie, pour se former, a besoin d'une contagion préexistante ou si cette contagion peut se développer de prime-abord, et quelles sont les conditions qui déterminent ou favorisent son développement. Énumérer les causes de la maladie, et recueillir tout ce que l'on sait aujourd'hui sur son mode de développement et d'extension.

3° Donner une thérapeutique complète de toutes les formes et de tous les périodes de la maladie, et faire l'examen critique des diverses médications proposées jusqu'à ce jour.

4° Indiquer les mesures administratives et de police médicale propres à prévenir l'invasion du mal et à en arrêter les progrès, tant dans les armées que parmi les habitants.

La société désire aussi, mais sans y attacher la même importance, que l'on trace une histoire de cette ophthalmie. La maladie avait-elle paru en Europe avant l'expédition des Français en Égypte? Que disent à cet égard les relations des voyageurs et les ouvrages des indigènes? Y a-t-il quel-

que connexion entre les différentes épidémies observées depuis trente ans.

Les mémoires écrits en latin, en russe, en français ou en allemand doivent être envoyés avec une épigraphe et le nom de l'auteur scellés; ils devront être adressés avant le 15 septembre (27 septembre) 1837 franc de port *au secrétaire de la Société allemande de médecine à Saint-Pétersbourg*. La décision sera connue le 21 janvier (2 février) 1838. Le mémoire couronné sera imprimé dans les annales de la société : les mémoires non couronnés seront restitués sur la demande des auteurs.

Question de prix proposée par la Société des médecins correspondants à Saint-Pétersbourg.

Dans la conviction que toutes les maladies qui ont une terminaison heureuse par l'emploi de la médication homœopathique, ne sont que des exemples du développement naturel d'un travail pathologique de l'organisme, développement qui s'opère également sous l'influence de la médecine expectante, la société demande : qu'on soumette à un examen critique toutes les histoires de maladies que renferme la littérature homœopathique, de manière à faire ressortir le plus clairement possible de ces observations la marche et le développement de ces maladies; qu'on trace un parallèle entre le résultat de ces recherches et les lois de développement du travail morbide, telles qu'Hippocrate les a posées. On devra faire ressortir avec soin les phénomènes qui ont précédé la terminaison heureuse ou fatale des affections traitées par la méthode homœopathique et leurs différences lorsqu'il en existe.

Le but de la société est de découvrir les lois de développement naturel des phénomènes morbides au moyen d'un examen approfondi des observations homœopathiques, afin

de tirer parti pour la médecine rationnelle de l'apostasie remarquable des médecins homœopathes. Aussi désire-t-elle que les concurrents évitent toute espèce de polémique contre l'homœopathie et de personnalités contre les médecins qui en adoptent les principes.

Les mémoires écrits en latin, en russe, en français ou en allemand, avec une épigraphe et le nom de l'auteur scellé, doivent être envoyés franc de port avant le 15 (27) juillet 1837 à *M. Tufs, conseiller d'état et secrétaire permanent de l'Académie des sciences à Saint-Pétersbourg*. Le prix de la valeur de 50 ducats de Hollande, sera décerné le 26 novembre (8 décembre) 1837. La société se charge de la publication du mémoire couronné, et l'auteur touchera en outre les honoraires de libraire. Les mémoires non couronnés seront rendus à leurs auteurs s'ils en font la demande.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre, rédigé d'après les leçons cliniques de M. Dupuytren. (Tome II.)

Nous analysâmes, il y a déjà quelque temps (1), la première partie de cet ouvrage avec le soin que réclamait le nom imposant de son auteur, et l'importance du sujet qu'il avait choisi; nous allons aujourd'hui compléter cet examen, après nous être excusé de notre long retard. Cette deuxième partie parut peu de temps après la mort de l'illustre chirurgien. Il avait attaché beaucoup d'importance à la terminer, et nous savons que pendant deux ans il y con-

(1) Voir tome I, p. 88, année 1835 de la *Revue*.

sacra, même aux dépens de son repos, le peu d'instants que lui laissaient les travaux de l'enseignement et les devoirs imposés par la confiance pnblique. Cet ouvrage devait être le développement des leçons brillantes faites à l'Hôtel-Dieu, et puis aussi y avait-il un peu de coquetterie à montrer qu'il avait approfondi même une branche de la chirurgie que d'ordinaire on n'apprend que sur les champs de bataille. Cette seconde partie complète la description des accidents des plaies en général, et traite des points très-importants, tels que les hémorrhagies artérielles et veineuses, les collections purulentes si fréquentes à la suite des plaies et des grandes opérations chirurgicales. Uu chapitre remarquable est consacré à l'étude des cicatrices et au traitement de leurs maladies, chapitre neuf, où sont exposées les recherches que l'auteur avait faites depuis longtemps sur ce point curieux d'anatomie pathologique. Le reste de l'ouvrage contient l'histoire des plaies en particulier classées suivant les régions du corps qu'elles intéressent. C'est là que Dupuytren a trouvé l'occasion d'exposer le résultat de ses observations sur les plaies de tête et de poitrine, de décrire le phlegmon érysipélateux du cuir chevelu, la contusion du cerveau, etc., et, en un mot, de faire connaître ses doctrines sur une foule de points de l'histoire des plaies.

Partout on retrouve cette clarté, cette abondance, cet esprit logique qui caractérisaient si bien l'illustre professeur ; il abonde en considérations pratiques ; des observations, disséminées en grand nombre, sont destinées chacune à développer une théorie ou à confirmer un précepte. Cet ouvrage est un de ceux qui font regretter le plus que Dupuytren ait si peu écrit.

ROBERT, chirurg. de l'hôp. de l'Ourcine.

Du traitement curatif des varices par l'oblitération des veines à l'aide d'un point de suture temporaire ; mémoire pratique par M. DAVAT, d'Aix-les-Bains (Savoie), D. M. P. Broch. in-8°. Chez Just Rouvier, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Les varices constituent une maladie très-fréquente, surtout chez les classes industrielles et laborieuses, et contre laquelle viennent souvent échouer toutes les ressources de la chirurgie. Dans ces der-

nières années, MM. Velpeau et Breschet à Paris, M. J. Franc à Montpellier, le docteur Fricke en Allemagne, ont imaginé de nouveaux moyens de guérison, et chacun d'eux a vu quelques succès couronner ses tentatives. Il restait cependant encore beaucoup à faire. M. Davat vient aujourd'hui proposer une opération qui se recommande par sa simplicité, le peu de danger qui l'accompagne, et par de beaux et nombreux résultats obtenus par l'auteur lui-même et par son ami M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. Davat a fait précéder l'exposé de sa méthode de quelques considérations anatomico-physiologiques sur le système veineux en général, sur la circulation superficielle des membres, et enfin sur les modes divers d'oblitération des veines. Nous ne le suivrons pas dans les développements où il est entré; nous nous bornerons à décrire son procédé opératoire.

Une compression circulaire préalablement établie à la partie supérieure du membre variqueux en fait saillir les veines. Puis, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche on soulève le tronc veineux que l'on veut lier; on fait passer derrière lui une aiguille droite de la même manière qu'une aiguille à séton, en ayant soin de la faire ressortir le plus près possible du point d'entrée: une anse de fil placée à chacune des extrémités de l'aiguille sert à soulever la veine, à l'isoler des tissus voisins, et facilite l'implantation d'une seconde aiguille qui doit passer au-dessous de la première, la croiser à angle droit, et perforer la veine d'abord d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, faisant ainsi quatre ouvertures à ses parois. Les aiguilles sont assujetties dans cet état au moyen d'un fil entortillé autour d'elles et légèrement serré. Enfin, leurs extrémités sont enfoncées dans des plaques de liége, afin de ne pas blesser les tissus voisins.

Voilà toute l'opération. Bientôt des nodosités se font sentir dans les dilatations variqueuses, la circulation y est interrompue; un gonflement inflammatoire qui survient autour des aiguilles oblige quelquefois à couper les fils; elles-mêmes peuvent être enlevées vers le cinquième jour; le plus souvent la peau du membre s'exfolie, elle présente de la flaccidité à l'endroit qu'occupaient les varices; un bandage compressif et des lotions résolutives achèvent la guérison, du vingtième au trentième jour. Il est bien entendu que lors-

que la circulation se rétablit par une veine profonde ou collatérale, il faut recommencer l'opération dans un autre point. Il est quelquefois nécessaire d'appliquer simultanément plusieurs ligatures. L'auteur en a appliqué jusqu'à cinq à la fois sur le même membre sans éprouver aucun fâcheux accident. Jusqu'ici aucun revers n'a interrompu la succession de ses heureuses tentatives. Ce sont là de beaux résultats; nous désirons que de nouvelles expériences viennent les confirmer. M. Davat aura rendu un grand service à la chirurgie.

A. Rosier.

Manuel de médecine opératoire, par M. Malgaigne, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du Bureau central, etc. — Un fort vol. in-12. Deuxième édition.

M. Lenoir a rendu compte, dans la *Revue* d'août 1834, de la première édition de ce manuel. Tel est le sort des ouvrages utiles, que, quand ils ne sont pas décidément mal faits, leur débit est à peu près assuré; à plus forte raison lorsque, comme celui-ci, ils réunissent à la condition de l'utilité celle d'une exécution satisfaisante. Ce Manuel offre un tableau à peu près complet de tous les procédés opératoires anciens et modernes dont l'ensemble constitue l'art chirurgical pratique de notre époque. Tous y sont décrits avec la clarté, l'exactitude et les détails convenables, dans un volume assez petit, et sous un format commode, en sorte que l'élève qui se livre à la pratique des opérations sur le cadavre, y trouve à la fois un *vade mecum* qu'il peut facilement emporter à l'amphithéâtre, et un guide intelligent qui dirige sa main par des indications précises et suffisamment détaillées. Nous ne répèterons pas les éloges donnés à la première édition par M. Lenoir. Ils sont applicables à la seconde, dans laquelle l'auteur s'est attaché à faire disparaître quelques imperfections qui lui avaient été reprochées, et qu'il a complétée par la description de tout ce dont la science s'est enrichie depuis sa première publication. Nous pensons que cette édition est menacée, comme la première, des contrefaçons étrangères. C'est le meilleur éloge qu'on en puisse faire. Nous terminerons par un conseil adressé aux élèves, et qui nous est

suggéré moins par le Manuel en lui-même que par la forme en général de tous les ouvrages de ce genre. Nous vivons dans un temps où l'on aime la science vite acquise, dût-on la posséder d'une manière un peu plus superficielle et un peu moins complète. C'est là un des grands motifs des nombreuses publications et de la vogue des manuels et des abrégés. Que les bons élèves, que ceux qui veulent acquérir des connaissances solides et profondes apprécient ce genre d'ouvrages à leur juste valeur, qu'ils s'en servent dans les strictes limites de leur utilité, mais que cet usage ne les empêche pas de remonter aux sources, de méditer les écrits originaux, et de consulter ces livres pleins de recherches curieuses et d'une tradition savante, œuvres d'hommes profondément laborieux et doués d'un amour ardent et consciencieux pour la science. Le manuel le plus parfait ne saurait être que l'introduction et la table analytique du grand livre de la science. Tout son but est rempli quand il peut guider les premiers pas de celui qui apprend, et faire revivre les souvenirs de celui qui sait.

CORBY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de diagnostic et de séméiologie; par P. A. Piorry, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique interne, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Tome Ier, contenant : La nomenclature organo-pathologique, des considérations générales sur le diagnostic, la séméiologie et le pronostic; un tableau sur l'interrogation méthodique des malades, l'exploration des organes chargés de la circulation (cœur, aorte, artères, veines, vaisseaux capillaires, vaisseaux lymphatiques, sang), l'exploration des organes chargés de la respiration (fosses nasales, larynx et trachée-artère, bronches, poumons et plèvres); contenant enfin les principaux caractères diagnos-

tiques des états organo-pathologiques que ces diverses parties peuvent présenter.

Paris, chez Pourchet, libraire-éditeur, rue des Grès-Sorbonne, n. 8; chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Le médecin des salles d'asile, ou Manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance; par le docteur Cerise, médecin-surveillant d'une des salles d'asile de Paris. — Chez Hachette, libraire de l'Université, rue Pierre-Sarrazin, 12.

Exposé et examen critique du système phrénologique; par le docteur L. Cerise.— Paris, chez Trinquart, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 9.

Sur le cathetérisme, en réponse à une lettre dite chirurgicale de M. Vidal (de Cassis), par M. Mathias-Mayor, docteur en médecine. Paris, chez Cherbuliez et Comp., libraires, rue St-André-des-Arts, n. 68.

De Candolle. *Collection de Mémoires pour servir à l'histoire du règne végétal, et formant le Commentaire du* Prodromus, in-4°, avec planches gravées.

1er Mémoire, sur la famille des Mélastomacées, in-4°, avec 10 planches, 10 fr.
2e — sur la famille des Crassulacées, in-4°, avec 13 pl., 10 fr.
3e et 4e — sur la famille des Onograires et des Paronychiées, in-4°, avec 9 pl., 8 fr.
5e — sur la famille des Ombellifères, id. 4°, avec 19 pl., 15 fr.
6e — sur la famille des Loranthacées, in 4°, avec 12 pl., 18 fr.
7e — sur la famille des Valérionées, avec 5 pl. in-4°, 5 fr.
8e — sur la famille des Cactées, avec 12 pl. in-4°, 10 fr.

Paris, chez Treuttel et Würtz.

Prodromus systematis naturalis regni vegetabilis, seu enumeratio methodica ordinum, generum, specierumque plantarum huc usque cognitarum; aut. De Candolle.—Tome I à V, 80 fr. Le tome V seul, 17 fr.— Paris, Treuttel et Würtz, rue de Lille, 17.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES

MÉMOIRE

Sur la question suivante : *Déterminer quelles sont dans les affections dites typhoïdes, les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires;*

Par M. Leonardon, D. M. P.,

Médecin à Montpont (Dordogne) (1).

Cette question sera peut-être diversement comprise, par la raison que ces mots : *affections dites typhoïdes*, n'ont pas un sens facile à rigoureusement préciser.

Je ne sais aucun vocabulaire médical, aucun ouvrage faisant autorité, qui donne la signification claire et précise de cette dénomination collective.

(1) Ce mémoire a obtenu une médaille d'encouragement de la Société de médecine. (Voyez le numéro de novembre.)

Il me faut donc, au risque d'être seul de mon avis, dire comment je l'interprête.

Le mot *affections* est ici pris évidemment comme synonyme du mot *maladies*.

Le mot *typhoïdes* a une signification *étymologique* que tout le monde sait : τύφος, εἶδος, forme, apparence de typhus.

Et cependant peu d'opinions se rencontrent quand il s'agit de déterminer ce que signifient ces deux mot réunis. On ne s'accorde même pas sur la question de savoir si cette expression complexe désigne une seule ou plusieurs maladies.

Or, tant qu'une locution n'a pas été clairement définie, ne doit-on pas, lorsqu'on l'emploie, commencer par dire dans quel sens on l'entend? Pour moi, c'est ce que je vais faire, car, avant tout, je veux être compris.

Il est une affection, mal connue et dangereuse entre toutes, que quelques auteurs désignent sous le nom de *fièvre typhoïde*. C'est la maladie dont la Société de médecine de Paris a voulu, si je ne me trompe, réunir les *diverses formes* sous la dénomination plus générale *d'affections typhoïdes*.

J'ai donc à déterminer quelles sont les altérations primitives et secondaires dans la fièvre typhoïde.

Cette détermination est devenue surtout nécessaire à une époque où, depuis que les *accidents typhoïdes* ont été observés (*prostration des forces, ataxie, somnolence et coma*), on est moins que jamais d'accord sur leur point de départ.

Je me propose, en conséquence, de discuter les principales opinions émises sur cette importante question de doctrine.

I.

Comme la fièvre typhoïde n'est pas tellement connue, que personne ne se méprenne sur ses caractères, voici le tableau général, très-rapidement esquissé, mais vrai, de ses symptômes, de sa marche et de ses caractères anatomiques.

Pendant la vie, cette affection est caractérisée par *l'ensemble*, *l'enchaînement*, et surtout par le *mode de succession* des symptômes qui l'accompagnent; après la mort, par des lésions anatomiques *spéciales*, à peu près constantes.

Son invasion est ordinairement soudaine, inattendue; elle débute par une céphalalgie plus ou moins violente et continuelle. Aux apparences d'une bonne santé succèdent tout-à-coup, sans cause connue, des phénomènes morbides alarmants. Dans l'espace de quelques heures, les traits s'altèrent, la physionomie perd de son expression, et dénote une indifférence apathique dont on ne peut tirer les malades que par des questions souvent répétées. Ils éprouvent des éblouissements, des tournoiements de tête, se sentent très-faibles; le pouls serré, résistant, donne de 95 à 120 pulsations par minute. La langue est blanche, large, humide; l'appétit nul, la soif vive, la peau rouge et d'une chaleur âcre..., et *cet appareil fébrile intense, on ne peut, dans un très-grand nombre de cas, le rattacher à aucune phlegmasie appréciable.*

Vers le deuxième ou le troisième jour, surviennent une ou plusieurs hémorrhagies nasales, une sensibilité obtuse de l'hypocondre droit, des nausées, quelques vomissements, de la diarrhée; le pouls est plus fréquent.

Du sixième au douzième jour, les accidents augmentent; la langue devient pâteuse, gluante, et se recouvre de fuliginosités qui s'étendent aux dents et aux lèvres; le ventre, sans être plus douloureux, se météorise; fréquemment, il y a des gargouillements à l'hypogastre, et spécialement vers la fosse iliaque droite; des taches *typhoïdes* paraissent sur la partie antérieure et moyenne du thorax et sur la partie supérieure de l'abdomen; les épistaxis se répètent; l'urine, peu abondante, est rouge et d'une odeur fétide; la stupeur est prononcée, l'ouïe considérablement affaiblie; l'intelligence se trouble; les malades ont du délire le soir et pendant la nuit, et le jour ils sont plongés dans le coma somnolentum; le pouls s'affaiblit, sans diminuer de fréquence.

A une époque plus avancée, on observe des phénomènes ataxo-adynamiques plus graves encore : il y a des soubresauts dans ses tendons; les accès de délire se multiplient et apparaissent dans la journée; bientôt il est impossible de réveiller un seul instant l'attention des malades; et, malgré les moyens existants les plus énergiques, ils restent ensevelis dans une stupeur profonde. Des eschares se montrent à la région du sacrum et du grand trochanter; l'affaiblissement de la contractilité musculaire est porté au dernier degré, et ses conséquences inévitables, la disphagie, les évacuations involontaires, la rétention d'urine, etc., conduisent les malades à une complète adynamie. Du seizième au trentième jour, ils passent du coma à la mort. On conçoit aisément la diminution progressive, puis la cessation entière des accidents, pendant cette dernière période, lorsque la maladie doit se terminer d'une manière heureuse. A l'autopsie, on trouve *pres-*

que toujours plus ou moins profondément altérés, les *follicules de Brunner, les plaques de Peyer, les ganglions mésentériques correspondants et la rate. Tous les autres organes peuvent être sains ou malades.* Tantôt, par exemple, il y a des traces évidentes de gastrite ou de gastro-entérite; tantôt le poumon, la plèvre sont enflammés; d'autres fois, l'utérus; d'autres fois, les veines. Assez souvent, l'aspect du sang permet de soupçonner l'altération de ce fluide. Enfin, on a rencontré quelques faits dans lesquels l'anatomie pathologique n'a rien vu qui expliquât les accidents observés pendant la vie. Je citerai, entre autres, ceux que M. Andral a recueillis dans ses observations 63, 64 et 65 de sa clinique médicale (tom. 1, pag. 305, 319), où le scalpel, manié par cet habile observateur, n'a découvert aucune lésion à laquelle il soit possible de rapporter la mort et les phénomènes ataxo-adynamiques qui l'avaient précédée. Ces derniers faits, inexplicables pour tous les pathologistes, ont été considérés par les uns comme mal observés, par les autres comme exceptionnels. J'y reviendrai.

De toutes ces altérations morbides, en est-il une ou plusieurs qui doivent être considérées comme le point de départ, la cause première de cette singulière et terrible maladie?

Ici trois opinions sont en présence, et divisent le monde médical :

Dans l'une, la fièvre typhoïde n'est point une maladie à part qui mérite une place à elle en nosologie, avec une description particulière : ce n'est qu'une forme de gastrite ou de gastro-entérite.

Dans l'autre, la fièvre typhoïde est encore une phleg-

masie intestinale dans le principe; mais bientôt la maladie se généralise par altération consécutive du sang.

Enfin, dans une troisième opinion, la fièvre typhoïde est une affection générale, une maladie accompagnée d'éruption intestinale, et non une maladie causée par cette éruption (Bretonneau); et selon MM. Louis, Chomel et quelques autres médecins, elle a peut-être son point de départ dans une altération primitive du sang.

De ces opinions, si contradictoires que l'une exclut nécessairement les deux autres, laquelle adopter? *Au milieu* des discussions sans nombre qu'elles ont soulevées, et que trop souvent l'amour-propre a aigries, où trouver les éléments d'une conviction raisonnée?

Avant d'entreprendre à cet égard des recherches qui, je le crains, seront au-dessus de mes forces, qu'il me soit permis de consacrer quelques lignes à l'historique et à la synonymie de la fièvre typhoïde.

Je ne connais pas d'ouvrage qui en donne l'exacte et complète synonymie.

Deux auteurs seulement (MM. Petit et Littré) ont traité la question d'histoire, et je crois devoir la reprendre pour en donner une solution quelque peu différente.

Historique. — Cette dangereuse maladie où le système nerveux traduit ses souffrances par des symptômes si éminemment ataxiques et adynamiques, tandis que la nécropsie ne montre qu'une lésion à peu près constante, celle des follicules muqueux de l'intestin, est-elle nouvelle et dépendante d'une certaine constitution atmosphérique? Tout me décide à répondre par la négative; mais qu'importe! Depuis quand existe-t-elle dans la science comme maladie à part; en d'autres termes, quels furent

les premiers observateurs qui en constatèrent l'existence, et la considérèrent comme un état morbide particulier, bien distinct de tous les autres? voilà la question.

Les auteurs qui ont décrit des symptômes ataxiques et adynamiques, observés pendant le cours de certaines maladies, sont en très-grand nombre. A peine si l'on en trouve quelques-uns qui aient noté leur coïncidence avec la lésion de l'intestin grêle et des glandes du mésentère; parmi ces derniers, je nommerai pourtant Baglivi, Lecat, Morgagni, Stoll, MM. Prost et Bayle.

Baglivi, parce qu'il a écrit : « non nego dari aliquando » febres nonnullas, productas ab humore veluti veneni- » fero... Quæ nobis videntur malignæ, à viscerum phleg- » mone, aut erysipelate fiunt.... in his..... pessimus me- » senterii status ob nimium ibidem putrem congestam ca- » cochyliam.» (Oper. omnia G. Baglivi, Lugd., 1745, p. 51).

« Candidè fateor ex tribus partibus febrium, quæ Romæ » regnant, duas saltem originem habere ab infarctu me- » senterii, ibique diù congestâ putri cacochyliâ.» (Ibidem p. 55.)

Lecat, parce qu'on trouve consignées dans le recueil d'observations de médecine, par M. Richard de Hautesierck, tome 1er, p. 375, deux observations recueillies par l'habile médecin de Rouen, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, dans lesquelles on a rencontré les plaques intestinales développées, avec boursouflement de la membrane interne et rétrécissement du canal intestinal.

Morgagni, parce que j'ai lu l'observation 6, dont j'extrais le passage suivant : « cadavere perlustrato, sana om- » nia inventa sunt, si cerebrum et ileum intestinum exci-

» pias. In illius enim ventriculis serum fuit non paucum, » à quo choroïdes plexus pallebant. In ileo autem septem » an octo annularia spatia, eaque nigricantia : quibus in » spatiis glandulæ ciceris magnitudine, materiâ albâ ple- » ræque oppletæ. Hæ glandulæ non collectæ erant in acer- » vos.....» (De sedibus et causis morborum, epist 55, p. 102).

Stoll, parce que ce praticien célèbre rapporte plusieurs exemples d'altérations de l'intestin grêle compliquées de météorisme, etc. (Ratio medendi, tom. 2, p. 19, et en divers autres endroits du même ouvrage).

Enfin, MM. Prost et Bayle, parce que dans les ouvrages de ces deux médecins (la Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps, et les Recherches sur la phthisie pulmonaire), on trouve aussi quelques cas de fièvre typhoïde méconnue.

Le premier livre où l'affection typhoïde soit décrite comme une maladie à part, avec les symptômes qui l'accompagnent pendant la vie, et les lésions anatomiques qu'elle laisse ordinairement après la mort, c'est l'excellente histoire de la fièvre muqueuse de Gœttingue, par Rœderer et Wagler. La description qu'ils nous en ont donnée me semble parfaite pour la partie symptomatologique : elle est vraiment admirable par le nombre et l'exactitude des détails.

Et cependant, tous les auteurs sont loin d'avoir reconnu la fièvre typhoïde dans la fièvre muqueuse de 1760. Deux hommes pleins de savoir, et dont les travaux ont enrichi et fait avancer la science, nous ont dit, je le sais, que, quelque attention qu'ils eussent apportée dans l'étude des lésions organiques qui succèdent aux différen-

tes fièvres, *ils n'avaient trouvé aucune trace de la fièvre entéro-mésentérique, si ce n'est dans quelques ouvrages publiés depuis* 1803.

Je me suis peut-être trompé dans l'appréciation des symptômes et des lésions anatomiques, décrits par Rœderer et Wagler. On en jugera par les passages suivants:

« Par la nature de l'épidémie, le caractère putride dominant encore alors éminemment, la maladie prenait à » la vérité une tournure inflammatoire, mais avec une » sorte de malignité, se compliquant d'un état inflammatoire, résolutoire (que l'on passe le mot), et de quelques » vertiges persistants de maladie muqueuse. On remarquait alors, comme symptômes principaux, l'absence » des selles, quelquefois avec une constipation opiniâtre, » et en même temps une détermination vers la tête, à » laquelle se réunissaient les délires et l'assoupissement. » La nature de la maladie offrait aussi quelque tendance » aux éruptions pétéchiales.» (Traité de la maladie muqueuse, par J. G. Rœderer et Wagler, traduction de L. J. L. Leprieur, Paris 1806, p. 65.)

» Les exanthèmes ne retranchent et n'ajoutent rien au » danger, beaucoup de malades meurent sans qu'il y ait » aucune apparence de pétéchies; d'autres avec des efflorescences les mieux caractérisées, et même encore distinctes après la mort. (Ibidem, p. 116.)

» Son invasion est toujours trompeuse, les uns sont pris » par des horripilations le premier jour, qui se répètent » de temps à autre, la chaleur se manifestant enfin le soir; » les autres par une sorte de vicissitude d'horripilations » et de chaleur fugace, et même il est des personnes qui, » se mettant au lit avec un état de santé, se réveillent pen-

» dant la nuit avec une fièvre très-forte, la pulsation des » artères de la tête et la soif. L'appétit est nul. Ils sont » débiles, et fatigués les premiers jours, quoique se pro- » menant encore en chancelant pendant le jour; à cause » de la tristesse et de l'ennui qu'ils éprouvent, ils ne peu- » vent néanmoins vaquer à leurs affaires..... A cet état se » joint un mal de tête violent, des insomnies, une soif in- » tense, l'amertume de la bouche... (p. 118.) Les forces » tombent...; pendant la nuit les malades sont très-agités » par les rêves; ils éprouvent un peu de soulagement le » quatrième jour, mais par une crise précipitée, comme » une hémorrhagie du nez, la diarrhée, le sédiment dans » les urines, et ensuite les symptômes se remontrent avec » plus de violence...

» Depuis cette époque le mal de tête est accompagné de » vertiges, diminuant un peu par le vomissement. Le » sixième jour, très-souvent le malade rend de nouveau » quelques onces de sang par le nez. Vers le même jour, » on remarque les premiers vestiges du délire.. (p. 119.) » Chez quelques-uns il sort des pétéchies rouges, rondes, » rosacées, en forme de morsures de puces, aux bras, au » cou, à la poitrine, aux cuisses. Le septième jour, la pe- » santeur de la tête et le vertige, qui s'étaient maintenus, » sont remplacés par le tintement des oreilles avec dureté » de l'ouïe. La respiration est fréquente, étroite, embar- » rassée.... Les nuits sont agitées et sans cesse troublées » par des rêves; la voix est plaintive, faible: à mesure que » la maladie fait des progrès, les forces s'affaiblissent da- » vantage. (p. 120). Les dents sont sales et brunâtres..., » (p. 121). Le pouls plein, dur, fréquent les premiers » jours, ensuite petit, un peu dur, avec fréquence. (p.

124). Il y a des soubresauts dans les tendons (p. 126). » Le malade enseveli dans un sommeil profond, est insen- » sible à tous les stimulants; l'usage de la langue s'abolit : » pendant l'état comateux, il ne murmure que quelques » mots inarticulés et à voix basse... Les boissons qu'il n'a- » vale que difficilement et en petite quantité déterminent » le hoquet. L'urine aussi coule involontairement, le pouls » dur et embarrassé s'appauvrit, etc. (p. 127).

Je n'ai lu nulle part une description plus exacte, plus caractéristique des symptômes de la maladie que nous appelons fièvre typhoïde.

Les lésions anatomiques, les altérations, les ulcérations de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, etc., que l'on trouvait à l'ouverture de ceux qui succombaient à cette fièvre, sont aussi décrites dans le même ouvrage avec un talent remarquable pour l'époque. (Voir entre autres les 4e, 5e, et 11e sections cadavériques, et les trois planches.)

Deux ans plus tard, en 1764, Sarcone, observateur non moins profond, reconnut dans l'épidémie qui ravagea Naples, *une maladie spéciale*, caractérisée par des symptômes et des lésions anatomiques qui, selon moi encore, prouvent son identité avec la fièvre typhoïde.

Voici comment ce médecin décrit les altérations qu'il a trouvées quelquefois dans l'intestin grêle :

«La membrane mucilagineuse était détruite en plusieurs » endroits et manquait absolument. En certains points » ainsi dénudés, ulcérés, il transsudait une matière san- » guinolente; dans d'autres parties de ces mêmes intes- » tins, il y avait accumulation d'un gluten luisant et dense, » sous lequel on trouvait ordinairement les membranes

» rougies ou viciées par de *petites pustules blanches en* » *manière d'aphthes. Les glandes mésentériques les plus* » *proches des intestins étaient augmentées de volume.* (Histoire raisonnée des maladies observées à Naples en 1764, par Michel Sarcone, traduct. de F. Ph. Bellay, t. 2, p. 117 et suiv.)

Il y avait, ce me semble, dans ces deux ouvrages, des vérités nouvelles, capables de faire une révolution dans cette fatale doctrine des fièvres qui alors obscurcissait la science. Mais ces vérités ne furent pas comprises, ou du moins passèrent inaperçues, puisque, pendant plus de 40 ans qui suivirent, la maladie typhoïde resta confondue avec les mille fièvres essentielles.

Ce n'est qu'en 1811, que, par MM. Petit et Serres, l'attention des observateurs fut de nouveau rappelée sur les altérations des plaques de Peyer et des follicules de Brunner, et sur cet appareil de phénomènes typhoïdes, si alarmants dans leur ensemble, si fréquemment funestes dans leurs résultats, qui toujours coïncident avec elles.

Les recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, il faut en convenir, indiquent mieux que les ouvrages des médecins de Gœttingue et de Naples la spécialité et les caractères anatomiques de l'affection typhoïde; et M. Bretonneau est même le premier, parmi les observateurs modernes, qui ait bien précisé le siége de la lésion morbide dans les glandes de Peyer et de Brunner; mais soyons justes envers tous, et reconnaissons que Rœderer, Wagler et Sarcone, eux aussi, ont bien mérité de la science, en s'efforçant d'établir que la fièvre typhoïde est *un état morbide particulier*, que, physiologiquement

et thérapeutiquement parlant, on ne doit confondre avec aucun autre.

Grâces, en effet, autant à ces trois hommes de science et de travail qu'à MM. Serres et Petit et même qu'à M. Bretonneau, nous n'en sommes plus à constater l'existence de l'affection typhoïde.

Mais quel nom donner à cette maladie si long-temps méconnue, si diversement comprise et dénommée?

Synonymie. — On est très-embarrassé lorsqu'on veut choisir un nom parmi tous ceux qui composent l'interminable synonymie de la fièvre typhoïde. Si j'emploie ce dernier de préférence à tant d'autres, c'est d'abord parce qu'il a le mérite, plus réel peut-être qu'on ne pense, d'être déjà un peu ancien, et connu par conséquent de tout le monde; ensuite, parce qu'il exprime deux choses vraies : 1° les désordres fonctionnels de l'appareil circulatoire, qui sont constants dans tous les cas (fièvre); 2° l'analogie incontestable qui existe entre l'affection typhoïde et le typhus des camps, des hôpitaux, etc. (τὸδος, εἶδος, forme de typhus.) Après tout, on aurait tort de tenir beaucoup plus à un nom qu'à un autre; l'essentiel est de s'entendre, mais cela n'est pas chose tout-à-fait aussi simple qu'on pourrait croire : on s'en aperçoit bientôt si on essaie de rassembler et de comparer, comme je l'ai fait, le nombre prodigieux de dénominations données par les auteurs à la maladie typhoïde.

En voici quelques-unes :

La fièvre typhoïde, pour M. Roche (Dict. de Méd. et de Chir. prat., t. 7, p. 299), c'est la fièvre putride, la synoque (synochus putris et imputris), la fièvre typhoïde des anciens, la fièvre muqueuse de Rœderer et Wagler,

la fièvre adeno-méningée de Pinel, la fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serres, la gastro-entérite adynamique de M. Broussais, la dothinentérite de M. Bretonneau, l'iléo-dyclidite de M. Bally, etc. etc.

Pour M. le professeur Bouillaud (ibid. t. 8, p. 97 et 112), c'est la fièvre pétéchiale de Rasori, la fièvre adynamique, ataxique, etc.

Pour M. Boisseau (Pyrétologie Physiol., p. 264 et 268), c'est l'exanthème intestinal de M. Andral, la dothinentérie, l'entérite folliculeuse de MM. Billard et Cruveilhier, etc.

Pour M. le professeur Rostan, c'est le typhus, la fièvre d'hôpital, la fièvre maligne, la fièvre putride, etc. (Méd. Cliniq., édit. Belge, p. 229.)

Pour M. le professeur Chomel (Leçons de Clin. méd., p. 1), la fièvre typhoïde comprend toutes les fièvres continues graves, décrites par les auteurs, quelle que soit la forme sous laquelle elles se montrent inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique, lente, nerveuse, etc.

M. Littré l'appelle dothinentérie (Dict. de Méd., 2e édit., t. 10, p. 427), et d'après lui, Hippocrate, les médecins grecs, et les médecins latins, leurs élèves, lui avaient donné le nom de *phrenitis, etc.*

Tant de noms, dont quelques-uns remontent à la plus haute antiquité, tandis que d'autres ne datent que d'hier, désigneraient-ils tous une seule et même affection, l'affection typhoïde.

Ce serait se tromper grossièrement que d'interpréter de la sorte les auteurs que j'ai cités.

Mais ce qui est vrai, trop vrai malheureusement, c'est

qu'on a jusqu'à ce jour négligé la question de synonymie, oubliant peut-être que, lorsqu'une maladie n'est pas nouvelle, il est de la plus haute importance de savoir d'une manière claire et précise tous les noms qu'elle a eus dans les siècles passés, parce que sans cela l'expérience des anciens est perdue pour nous qui voulons l'étudier.

Quant à moi, je le répète, je ne connais aucune synonymie de la fièvre typhoïde qui soit rigoureusement exacte, et les réunir toutes pour n'en former qu'une seule, ce serait, il me semble, étrangement abuser des mots, et s'exposer au reproche mérité de souvent confondre, en les réunissant, des maladies tout-à-fait distinctes. Que faire donc ?

M. Broussais, et après ce médecin, plusieurs autres pathologistes l'ont surabondamment prouvé : la classification, ou mieux la nomenclature des fièvres essentielles de Pinel, est mauvaise dans son ensemble, par la raison que les dénominations y sont ordinairement fondées d'après les symptômes, et non, comme cela devrait être, d'après les lésions appréciables ou probables des solides et des liquides qui en sont la cause. Aujourd'hui c'est une proposition qu'on n'ose plus guère contester.

A plus forte raison, on rejette complètement les théories surannées des anciens, fondées sur l'étude exclusive et superficielle des symptômes.

Pourquoi donc consacrer encore, dans nos synonymies modernes, des dénominations reconnues essentiellement mauvaises ? Pourquoi ranger, en quelque sorte, sous une même étiquette, des noms à significations si vagues et parfois si opposées ? pourquoi, en un mot, ne pas dire tout simplement que, depuis Hippocrate jusqu'aux premières

années du XIXe siècle, les auteurs ont décrit des cas de fièvre typhoïde avec d'autres affections qui en différaient souvent sous le triple rapport des causes, du siége et de la gravité, et qu'ainsi de maladies qui n'avaient d'analogie que par leurs symptômes, ils ont formé des groupes qu'ils ont tour à tour appelés : *fièvres typhoïdes, adynamiques, ataxiques, bilieuses, putrides*, etc.?... Cette manière de procéder en vaudrait peut-être une autre, par cela seul qu'elle éviterait bien des erreurs de mots, et les fausses idées, qui en sont la conséquence, aux médecins qui, comme moi, n'ont eu que peu de temps à donner à l'étude de l'*historique* des maladies.

D'après ces considérations, qui me paraissent de quelque valeur, je voudrais n'admettre, comme synonymes de *fièvre typhoïde*, que les noms de *fièvre entéro-mésentérique* (Petit et Serres), *dothinentérie, dothinentérite*, (Bretonneau), *dothiénenterie* (Littré), *exanthème intestinal* (Andral), *entérite-folliculeuse* (Cruveilhier).

Et maintenant la fièvre typhoïde est-elle une phlegmasie simple de l'intestin?

Est-elle une entérite avec altération consécutive du sang?

Ou, au contraire, l'altération du sang est-elle primitive et accompagnée, dans l'immense majorité des cas, de la lésion des follicules sécréteurs de la membrane muqueuse intestinale?

Pour répondre à la Société de médecine de Paris, voilà les trois questions que je vais successivement discuter.

Chacune a des partisans et des adversaires, connus dans la science par de nombreux et utiles travaux ; c'est dire assez combien ma position deviendra parfois délicate,

obligé que je serai de ne pas adopter, de combattre même les opinions de médecins instruits, de professeurs savants, dont je m'honore d'avoir lu les ouvrages et suivi les leçons.

Je compte sur l'impartialité de ceux qui me liront. A tort ou à raison, si je m'éloigne quelquefois de leur manière de voir, ils resteront convaincus, j'espère, que c'est de bonne foi et sans idée préconçue que je cherche la vérité, mais la vérité, quelle qu'elle soit.

II. — *La fièvre typhoïde est-elle une simple entérite ou gastro-entérite?*

Il est une opinion qui consiste à penser que dans la fièvre typhoïde tous les phénomènes ataxo-adynamiques sont dus à l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale.

D'habiles et savants praticiens, à leur tête Pinel, et le fondateur de l'école physiologique, M. Broussais, l'ont adoptée sans restriction. Il est inutile de dire qu'ainsi appuyée par le nom de ces deux maîtres et l'autorité de leur talent, elle a trouvé de nombreux partisans.

Cependant, elle est loin d'être acceptée, aujourd'hui surtout, par la majorité des médecins; mon devoir est d'exposer un résumé succinct des considérations sur lesquelles on l'a motivée. Ces considérations valent la peine d'être sérieusement débattues.

L'auteur de la nosographie philosophique ne consacre que quelques lignes à la fièvre typhoïde.

« D'après la description de cette maladie, donnée avec

beaucoup de détail et de soin, par MM. Petit et Serres, on ne peut méconnaître une véritable entérite ou une inflammation violente de la membrane muqueuse des intestins grêles vers leur terminaison. *On ne trouve donc aucune raison pour faire d'une pareille maladie un nouvel ordre de fièvres;* et la plupart des médecins, étant convenus maintenant de regarder la fièvre dite puerpérale comme une inflammation du péritoine ou de divers organes abdominaux, *n'admettront, je pense, la fièvre entéro-mésentérique que comme une inflammation des intestins, loin de la reconnaître pour une maladie sui generis*, etc. (Nosographie philosophique, tom. I, pag. 416, 6e édit.)

M. Broussais n'a pas émis une autre opinion.

« Nous avons prouvé, dit cet illustre professeur, en répondant à M. Louis, que les *symptômes du typhus étaient ceux d'une gastro-entérite aiguë, non arrêtée dans sa marche et parvenue à un haut degré d'intensité* ! Nous avons démontré que les symptômes nerveux (prostration, somnolence, délire et mouvements convulsifs), sont l'effet non de l'accélération du cours du sang, mais d'une irritation consécutive de l'appareil cérébro-rachidien, qui tend à s'enflammer, et qui s'enflamme quelquefois; ce qui explique pourquoi les symptômes de la cérébro-méningite ressemblent à quelques-uns de ceux du typhus. » (Examen des doct., t. IV, p. 425.)

Pour établir que la gastro-entérite est la cause du groupe de symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde, les médecins *physiologistes* ont successivement examiné ses prodromes, ses causes, ses symptômes concomitans, son traitement et ses lésions cadavériques, et voici, en peu

de mots, comment ils ont raisonné par l'organe de leur savant maître :

1° Tout dans les prodromes annonce une irritation de la membrane interne du tube digestif, et la fièvre typhoïde ne se développe jamais que sous l'influence de causes qui déterminent de l'irritation dans cette membrane. La preuve, c'est que les troubles qui la précèdent sont facilement dissipés par les antiphlogistiques. (Ouv. cité, t. IV, p. 541, 542.)

2° Lorsque l'état fébrile est développé depuis peu, tous les irritants l'exaspèrent et amènent promptement l'état typhoïde, tandis que les antiphlogistiques diminuent la fièvre, et dissipent les premiers symptômes de stupeur. (Ibidem, p. 542.)

3° L'état typhoïde arrive toujours si on emploie les stimulants. (Ibid.)

4° L'état typhoïde bien prononcé n'est qu'un résultat de l'influence de la muqueuse enflammée sur le centre nerveux encéphalique. (Ibid.)

5° Ce centre trop irrité peut contracter secondairement l'inflammation, et la résorption des matières putrides du tube digestif enflammé, produire une infection des humeurs, qui contribue, avec l'irritation du cerveau et de la moelle, au développement de la débilité, de la fétidité, de la nervosité, et de tout l'effrayant appareil des symptômes qui constituent les fièvres typhoïdes. (Ibid.)

6° Dans cette période, la phlegmasie est souvent accompagnée d'altération, soit dans les follicules, soit dans la membrane muqueuse elle-même ; mais cela n'est pas constant, tandis que l'inflammation de la muqueuse l'est toujours. (Ibid., p. 543.)

Telles sont à peu près les considérations d'après lesquelles les médecins physiologistes concluent que la fièvre typhoïde n'est qu'une simple entérite ou gastro-entérite.

Pour M. Broussais, elles se réduisent à quatre : 1° l'action des modificateurs qui précèdent la fièvre typhoïde ; 2° l'action des modificateurs qui en préviennent et de ceux qui en favorisent le développement ; 3° l'action des modificateurs qui la calment et de ceux qui l'exaspèrent lorsqu'elle est développée ; 4° le rapport des altérations organiques avec les différents groupes de symptômes qu'elle peut présenter. (Ibid., p. 543.)

Ces considérations, je dois le dire, ne m'ont pas convaincu, et voici pourquoi :

1° De ce que les phénomènes précurseurs de la fièvre typhoïde annonceraient une irritation de la membrane muqueuse digestive, et seraient facilement dissipés par les antiphlogistiques, on ne serait pas, selon moi, en droit d'en tirer la conséquence, que cette irritation est primitive à toute autre altération morbide, à l'introduction dans le sang, par exemple, d'un agent délétère. Mais je conteste que toujours la fièvre typhoïde s'annonce par le trouble des fonctions digestives.

En effet, dans une foule de cas, c'est le système nerveux que traduit le premier sa souffrance, par la céphalalgie et les tournoiements de tête. Viennent ensuite l'anorexie, les nausées, les vomissements, et encore ces derniers phénomènes ne reconnaissent quelquefois d'autres causes qu'un trouble spécial de l'innervation.

Quant aux arguments tirés de l'action des causes qui produisent la fièvre typhoïde, ils ne sauraient être d'une grande valeur, puisque ces causes sont à peine soupçon-

nées. Si, néanmoins, on peut compter parmi elles les émanations qui se dégagent des grands entassements d'hommes et tous les miasmes putrides, en général, certainement l'action de ces miasmes est loin de venir à l'appui de l'opinion qui veut que l'irritation de l'estomac ou de l'intestin soit primitive.

« Si les miasmes délétères, introduits dans les fluides, produisent des effets nuisibles, c'est le trouble des centres nerveux qui en donne le premier signal ; viennent ensuite les inflammations des voies digestives et de leurs annexes sécréteurs. » (Exam. des doct. t. IV, p. 567.)

2° L'action nuisible des irritants et les effets salutaires des antiphlogistiques prouveraient seulement qu'il y a phlegmasie quelque part; mais je ne crois pas qu'il fût jamais permis d'en conclure que cette phlegmasie est primitive, et qu'elle a son siége plutôt dans le tube digestif que dans le péritoine, le cerveau ou tout autre organe important.

D'ailleurs, le traitement par les toniques et les excitants est loin d'être *constamment* nuisible; *plus d'une fois*, au contraire, il a été employé avec succès.

« Sur 40 individus traités par les toniques, nous en trouvons 24 chez lesquels la maladie s'aggrave pendant l'usage de ces médicaments; 11 chez lesquels, au contraire, elle s'amende pendant que ces mêmes toniques sont administrés; et 3 seulement chez lesquels l'amélioration suit de si près le commencement de l'emploi de la méthode excitante, qu'il semble raisonnable de penser que c'est à ce traitement que l'amélioration a été due. » (Andral, Clin. méd., t. I, p. 688.)

« Sur 9 sujets auxquels nous avons administré, pendant

les années 1831 et 1832, une médication tonique, et qui tous, au moment où ils furent soumis à cette médication, étaient dans l'état le plus grave et semblaient devoir succomber presque immédiatement par la progression continuellement croissante de la faiblesse, 6 ont guéri, et 3 seulement sont morts. Cette proportion est d'autant plus remarquable, que tous semblaient devoir succomber promptement, si on eût laissé suivre à la maladie sa marche naturelle. Aurions-nous obtenu un tel résultat si la médication tonique avait sur les lésions abdominales les effets fâcheux qu'on lui attribue ? » (Chomel, fièvre typhoïde, p. 478.)

M. Bouillaud lui-même, dont l'opinion est que la fièvre typhoïde a son point de départ dans un état phlegmasique de l'intestin, conseille et emploie journellement les chlorures pour combattre l'altération consécutive qu'il admet dans le sang.

« Nous avons plusieurs fois, dans ces derniers temps, employé ces chlorures, et nous devons dire que dans plus d'un cas de fièvre typhoïde grave leur administration a coïncidé de la manière la plus remarquable avec un amendement général des symptômes, et a été suivie de la guérison. » (Andral, ouv. cité, t. 1, p. 690, 691.)

« Bien que les résultats obtenus par les chlorures, dans le traitement de cette maladie aient été très-différents dans les diverses années, cette méthode thérapeutique est encore celle qui nous a donné la plus forte proportion de succès. Plusieurs praticiens distingués nous ont dit avoir été conduits aux mêmes conséquences. » (Chomel, ouvr. cité, p. 522.)

Et certes les chlorures sont des excitants.

3° Du paragraphe précédent, il résulte qu'une médication tonique et excitante ne produit pas *toujours* l'état typhoïde.

4° On conçoit très-bien, et je suis sûr que M. Broussais admet aussi que l'état typhoïde (je dis *état* et non pas *fièvre*, grande est la différence), ait son point de départ ailleurs que dans une inflammation des intestins. Il peut, en effet, dans certains cas, être le résultat de la phlegmasie violente et rapide de tout autre organe important, tel, par exemple, que la peau, les vaisseaux sanguins, le poumon, l'utérus, etc., par la raison que tous ces organes, comme le tube digestif, tiennent sous une dépendance plus ou moins directe les deux grandes fonctions qui président à l'innervation et à l'hématose. C'est un fait incontestable. Mais les accidents typhoïdes, même alors, ne sont *peut-être jamais purement sympathiques*; ils sont, au contraire, presque toujours la conséquence d'une infection du sang, infection le plus ordinairement occasionnée par la présence d'une certaine quantité de pus dans ce liquide. Seulement, cette infection n'ayant rien de spécial, c'est, pour moi, ce qui la distingue essentiellement de celle qui produit l'entérite folliculeuse. J'aurai occasion de revenir sur cette opinion, et je crois qu'il me sera facile d'établir que les accidents de la fièvre typhoïde sont toujours le résultat d'une altération primitive et spéciale du sang.

5° Les accidents ataxo-adynamiques, produits par la résorption des matières putrides contenues dans le tube digestif, sont un argument en faveur de ceux qui pensent que dans les maladies où on les observe on doit soupçonner autre chose qu'une simple gastro-entérite.

6° Enfin, plusieurs faits rapportés par MM. Andral, Bouillaud, Dalmas, Martinet, Neumann (de Berlin), Alisson (d'Edimbourg), etc., démontrent que l'inflammation de la muqueuse intestinale n'est pas constante;

Et lors même qu'elle le serait, resterait encore à prouver deux choses :

1° Qu'elle est primitive; 2° qu'elle est simple, c'est-à-dire qu'elle n'a rien de spécial.

Si maintenant je remarque :

1° Que tous les degrès d'inflammation de la membrane muqueuse intestinale peuvent se rencontrer après la mort sans que, pendant la vie, ont ait observé des accidents typhoïdes;

2° Qu'il n'existe pas un seul exemple authentique de lésion dothiénentérique sans symptômes de fièvre typhoïde;

3° Que dans les cas de gastro-entérites aiguës mortelles, les symptômes sont ordinairement beaucoup moins graves du côté du système nerveux que dans les cas de fièvres typhoïdes terminées aussi par la mort, tandis que les symptômes locaux et les traces de phlegmasie que présente l'intestin, sont dans un rapport absolument inverse;

4° Que l'altération de la rate est à peu près aussi fréquente et plus généralement profonde que celle de l'iléum. (Andral, Clin. Méd., t. 1, p. 583; Gazette Méd. du 27 septembre 1834, etc.)

5° Enfin, que jusqu'à présent aucun fait ne prouve que la fièvre typhoïde puisse atteindre deux fois le même individu, lorsque mille faits mettent hors de doute que l'en-

térite est une des maladies qui récidivent avec le plus de facilité.

Je suis logiquement conduit à penser qu'il y a dans la fièvre typhoïde autre chose qu'une inflammation simple du tube digestif, et que par conséquent cette fièvre n'est pas une simple gastro-entérite.

(*La suite à un des prochains numéros.*)

Clinique de l'hôpital de Cayenne;

Par M. le docteur Ségond,
Chef du service de santé à la Guiane française.

(Suite et fin (1).)

Jetons maintenant un coup-d'œil sur les phlegmasies cérébrales, et extrayons les faits du dernier compte-rendu de ma clinique, rédigé par M. *Auguste Roux*, de Rochefort.

Les affections de l'encéphale, idiopatiques ou symptômatiques, se sont offertes avec une certaine fréquence : en tout, 57 figurent au tableau. Si je retrace avec quelques détails ceux de mes souvenirs qui se rattachent à cette classe de maladies, c'est que leur extrême gravité à la Guiane doit fixer l'attention du médecin qui y observe; qu'en second lieu, le mode thérapeutique que M. le docteur Ségond a dirigé contre elles me paraît digne d'être porté à la connaissance de tous, tant sont remarquables les succès qui s'y rattachent.

---

(1) Voir le dernier numéro de la *Revue*.

Habitué à observer sur une terre où des affections rapidement mortelles se développent fréquemment, où la marche des maladies est tellement insidieuse et rapide, que le médecin se voit obligé non-seulement de combattre des symptômes actuellement existants, mais encore de courir au-devant des phénomènes morbides qui ne sont qu'imminents; habitué à voir de grandes commotions réclamer les secours actifs d'une main forte et habile, il m'est souvent arrivé de m'étonner en lisant des comptes-rendus de clinique ou des observations répandues dans les journaux, en voyant avec quelle timidité, quelle parcimonie de moyens on traite les plus graves affections de l'encéphale et des méninges! Pense-t-on, avec 25 sangsues, une saignée de *xij* ℥, 12 ℊ de calomel et un vésicatoire à la nuque, enrayer une maladie aussi grave qu'une méningite aiguë? Que pouvait-on attendre d'une saignée, de 12 sangsues, d'un lavement purgatif, dirigés contre une cérébrite? Une pareille manière de faire représente un mode thérapeutique vicieux par son insuffisance, et je suis persuadé que si, dans les circonstances que je vais retracer, M. le docteur Ségond eût imité une telle conduite, un insuccès complet eût pris la place des heureux résultats qu'il a obtenus. J'entre en matière.

Les neuf cas de congestion cérébrale ont été offerts par des individus qui avaient été soumis à une *insolation directe* plus ou moins prolongée. Les accidents ont tous promptement cédé aux applications de sangsues et aux révulsifs dirigés sur le tube gastro-intestinal; dans les cas les plus graves, les saignées, les vésicatoires à la nuque ont été employés; le calomel a toujours été administré avec succès.

Nous avons eu quatre arachnoïdites idiopathiques : trois ordinaires sur lesquelles je passerai, pour m'arrêter à la quatrième plus intense, celle de Maréchal.

Maréchal est un homme de 27 ans, d'une constitution mixte, d'un tempérament bilioso-nerveux. Il était dans la salle n° 1, convalescent d'une fièvre bilieuse (il était au trois-quarts depuis plusieurs jours, lorsque le 17 septembre, à 10 heures du matin, il tombe en syncope. Bientôt il revient à lui et passe bien le reste de la journée.

Au milieu de la nuit, seconde syncope plus longue et plus intense que la première; à 2 heures du matin, je suis appelé près du malade, qui se trouve dans l'état suivant : Décubitus sur le côté droit; les cuisses et la tête sont fortement fléchies et ramenées sur le tronc; mutisme absolu; le malade répond par gestes à l'appel de son nom. La peau est brûlante, couverte de sueur; le fâcies est sombre et menaçant; grincement des dents; contraction des mâchoires, mouvements convulsifs des lèvres, la rétine est contractée et sensible. Les carotides battent avec violence. Les mains du malade sont constamment ramenées vers la tête; l'épigastre paraît douloureux à la pression, la respiration est gênée, anxieuse; le cœur est le siége de fortes palpitations.

Les voisins de Maréchal me disent que depuis une heure il est dans cet état. Au début de la crise il a poussé des cris, s'est beaucoup agité sur son lit, a vomi à deux reprises. J'apprends; par la même voix, qu'à 8 heures du soir, il avait eu de la fièvre avec frisson et vomissements. Il ne s'en était plaint à personne. Depuis trois jours ses camarades l'ont vu triste, rêveur, fuyant tout le monde. Il était atteint d'un tremblement convulsif des extrémités

supérieures; Maréchal dissimulait avec beaucoup de soin son état, afin de conserver ses aliments.

J'observe à de longs intervalles quelques mouvements convulsifs dans les extrémités du côté droit, surtout à la supérieure; la sensibilité tégumentaire est intacte, les membres sont fléchis.

Prescription : 40 sangsues aux ap. mastoïdes et aux jugul., 10 sur la région précordiale. Toutes les heures, 6 autres derrière les oreilles; raser la tête et la frictionner avec onguent mercuriel ʒ *j*; vésicatoires à la nuque et aux jambes; un lavement purgatif, 12 g̃ de calomel.

A 3 heures du matin, l'état du malade est peu modifié. La chaleur tégumentaire et l'accélération du pouls ont un peu cédé. Le malade, sorti en partie de son premier état de stupeur, s'agite et se roule sur son lit en poussant de grands cris. A 4 heures, la contraction des muscles, les soubresauts des tendons, sont plus intenses et plus rapprochés. A 5 heures, ils s'établissent d'une manière permanente; bientôt tous les muscles du tronc y participent. Le malade bondit sur son lit, on doit l'y retenir à force de bras. Les lèvres se couronnent d'écume, les yeux sont fixes, hagards, la pupille énormément dilatée, la perte de connaissance complète, le pouls est tumultueux, vif et fréquent, la respiration embarrassée, haute et suspireuse. Depuis 18 heures le cours des urines et des matières fécales est suspendu.

Tel était Maréchal à 6 heures du matin. A sa visite, M. le docteur Ségond prescrivit : Potion avec inf. corossol ℥ *jv*, teinture de castoréum ʒ *j*, sirop ℥ *j*. Trois pointes de feu sur le synciput, un moxa à l'épigastre, un lavement avec huile de ricin ℥ *ij*, tartre émétique *jv* g̃, séné ʒ *ij*.

Cette médication fut suivie d'un résultat aussi *prompt* que favorable. A peine la cautérisation des régions syncipitale et épigastrique est-elle pratiquée, que l'agitation du malade s'amoindrit; les mouvements convulsifs sont plus rares et moins intenses; bientôt ils disparaissent complètement aux extrémités, et ne se font plus remarquer qu'aux muscles de la face. Le malade, sans connaissance, reste plongé dans un état de somnolence; la peau et les muscles conservent leur sensibilité; vers le soir, tout mouvement convulsif a cessé, le pouls est calmé, le malade commence à recouvrer sa connaissance. M. Ségond prescrit : Lavement avec jaune d'œnf et essence de térébenthine 3 *jv*, un vésicatoire sur les lombes une potion avec le castoréum.

La nuit du 18 au 19 se passa sans nouvelles secousses. Le matin, Maréchal a recouvré sa connaissance, il ne veut répondre à aucune des questions qu'on lui adresse, regarde ceux qui l'entourent d'un œil fixe et hagard, il semble sortir d'un long et pénible sommeil; les pupilles sont énormément dilatées. Plusieurs selles dans la nuit, pouls naturel.

Dans la journée, le malade veut bien donner quelques renseignements sur son état. L'épigastre est légèrement douloureux, point de soif, la langue est humide, blanchâtre; point de céphalalgie. Le malade éprouve un sentiment de profonde faiblesse, et ne conserve aucun souvenir de tout ce qui s'est passé. La faim se fait vivement sentir.

A dater de ce jour, la convalescence de Maréchal marcha rapidement, mais il fut long-temps à recouvrer l'intégrité de son intellect. Il demeura comme à moitié hébété

pendant quelque temps; les pupilles restèrent long-temps fort dilatées. Retenu à l'hôpital par la longue suppuration qui suivit la chute des eschares, il sortit de la salle le 21 octobre, et depuis lors a joui d'une bonne santé.

Je ne sais si ma plume inhabile a su tracer un tableau qui représente à l'esprit de mes lecteurs toute la gravité de la maladie de Maréchal, et le danger imminent qui l'accompagna. Toujours est-il qu'il n'est aucun des médecins qui visitèrent ce malade, qui ne portât sur lui le pronostic le plus fâcheux et ne le considérât comme atteint sans ressource. Pense-t-on qu'ici une médication peu énergique et méticuleuse eût su triompher de la maladie? Non sans doute. C'est que, s'il est une classe d'affections qui réclame une thérapeutique active jusqu'à la prévention, c'est sans doute celle que représentent les lésions de l'encéphale, surtout celles développées sous la zone équatoriale, où leur marche est si rapide et leur terminaison si fréquemment mortelle. La science met entre les mains du médecin un grand nombre de moyens d'un effet bien énergique et bien approprié; il s'agit seulement de les manier avec *hardiesse* et de ne pas *s'endormir* dans une sécurité qui ne saurait conduire qu'au plus triste mécompte.

Revenant à l'histoire de Maréchal, je noterai à cette occasion les bons effets produits par la *cautérisation syncipitale* et le *moxa épigastrique*. C'est à l'emploi de ces moyens extrêmes qu'est due la guérison de Maréchal, atteint d'une affection cérébrale des plus intenses. Ce mode thérapeutique a été plusieurs fois mis en pratique par M. le docteur Ségond, et toujours avec un grand avantage, soit dans les phlegmasies purement encéphali-

ques, comme chez Maréchal, soit dans les cas de ces fièvres graves que nous observons à la Guiane, et qui semblent ressortir de l'altération simultanée des méninges et du cerveau d'une part, et de la plupart des organes digestifs de l'autre. (Voir les Observations déjà publiées dans les précédents comptes-rendus de M. Ségond (1). Quelque grave que fût la position des individus soumis à la double cautérisation, j'ai toujours vu un mieux marqué et *instantané* surgir de leur état presque désespéré, et quatre fois sur cinq ce mieux a persisté et a été l'avant-coureur d'une guérison solide. Au moment même de l'application du feu j'ai vu les malades, sortant d'un état de profonde somnolence ou de coma, reprendre une portion de leur intelligence et reconnaître des gens qu'ils méconnaissaient tout-à-l'heure ; le pouls, avant tumultueux et rapide, revenir à un rhythme meilleur, et, quelques heures après, l'état du malade présenter dans son ensemble une immense amélioration.

Un médicament qui, chez Maréchal comme chez tous les autres individus atteints de lésions encéphaliques, a rendu des services bien constatés, c'est le calomel. Tels sont les heureux résultats qui ressortent de l'emploi du proto-chlorure de mercure, que M. le docteur Ségond nous a appris à manier *avec une grande hardiesse*, que je doute qu'aucun médecin voulût prendre sous sa responsabilité le traitement d'une encéphalite ou d'une méningite, à la Guiane, s'il devait se passer de ce précieux médicament. Le mercure doux est fréquemment employé à

(1) Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales, année 1835, tome 1er, *passim*.

l'hôpital de la Marine, et là *des milliers d'exemples* viennent prouver son efficacité. En le prescrivant on se propose de remplir plus d'une indication, et soit qu'on ait voulu déterminer l'absorption des fluides épanchés, corriger la sécrétion biliaire, et régulariser les fonctions du système digestif, soit qu'on ait encore voulu, comme dans le cas qui nous occupe, opérer une révulsion sur la muqueuse gastro-intestinale et le *système glandulaire*, il n'a jamais failli à l'appel qui lui a été fait. Peut-être agit-il aussi comme anti-phlogistique et spécifique; mais ici je m'arrête, car simple historien des faits, je ne dois pas laisser le terrain de l'observation pour me lancer dans le domaine des théories et de la discussion. Je le répète, on fait à Cayenne un *grand usage* du calomélas. Je ne l'ai jamais vu, irritant vivement le tube digestif, déterminer le moindre accident qui dénotât une lésion de celui-ci, et cependant quelques hommes en ont pris d'énormes doses (1). Quelquefois le ptyalisme est survenu, mais il a été *léger et de peu de durée*. On conçoit aisément qu'il en doit être ainsi dans une contrée où les sécrétions cutanées et muqueuses offrent une activité, si je puis ainsi dire, toute dérivative.

Dans les inflammations de l'encéphale, M. le docteur

---

(1) Un nommé Chauffard, régisseur, encore dans les salles, convalescent d'une fièvre pernicieuse, apporté à l'hôpital le quatrième jour de la maladie, au milieu du plus profond coma, en a pris 112 grains dans l'espace de deux jours. Il n'a pas salivé, *il a été soumis à la cautérisation syncipitale*. Quand un malade dont les jours avaient été gravement menacés se trouvait en proie à la salivation, M. le docteur Ségond l'appelait, *une victime de la guérison*.

Ségond a eu toujours recours à des vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu ; il en a retiré de bons effets, et cette manière de faire me paraît préférable à celle qui consiste dans l'application des réfrigérants. Dans un pays chaud comme celui où j'observe, ces derniers me paraissent offrir des inconvénients bien plus saillants qu'en France, en exposant les malades à des variations de température bien autrement sensibles et funestes sous un ciel brûlant que sous celui de nos régions tempérées. D'un autre côté, accoutumés ici à observer des maladies dont la marche insidieuse, excessivement rapide, tend à une solution presque toujours mortelle (1), pouvons-nous avoir une foi bien entière dans un moyen qui nous laisse entre ces deux alternatives : exposer le malade à une réaction funeste par insuffisance de moyens, déterminer par ces mêmes moyens, poussés trop loin, un collapsus dont on ne pourra plus le tirer.

L'observation de Maréchal et les réflexions qui l'accompagnent, me conduisent tout naturellement à tracer l'histoire de deux cérébrites, produites par des coups sur la tête, et dans lesquelles l'activité du traitement a seule triomphé de la gravité des symptômes. Ces deux faits viennent à l'appui de tout ce que j'ai dit touchant les maladies cérébrales.

Obs. I. — Nicond, fusilier au 1er régiment d'infanterie de marine, âgé de 27 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, reçoit un coup de bâton à la

(1) Tout médecin qui aura observé à la Guiane, déclarera que les fièvres graves du pays, abandonnées à elles-mêmes, sont nécessairement mortelles, presque toujours au troisième accès.

partie supérieure du coronal, qui produit une plaie nette, de deux pouces d'étendue transversale, n'intéressant que la couche tégumentaire, et guérie promptement sans le moindre accident. Onze jours plus tard Nicond se plaint d'une céphalalgie continuelle, d'étourdissements, de vertiges, de tintements d'oreille; la tête est lourde, les digestions troublées, l'épigastre douloureux, tendance à l'assoupissement; la nuit dernière, il est survenu de la fièvre, la céphalalgie a redoublé, plusieurs vomissements bilieux ont eu lieu.

Prescription : Eau de gomme, 12 g̃ de calomel, 20 sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement purg.

Dans la nuit du 17 au 18 septembre, exaspération de tous les phénomènes. La céphalalgie devient violente, la peau sèche, brûlante et âpre, ictérique; le pouls petit, vif, serré; l'épigastre est très-douloureux, les nausées continuelles, la soif vive, la langue sèche, saburrale, la bouche amère, le malade est abattu, prostré, le facies triste, inquiet; l'idée d'une mort prochaine tourmente Nicond, dont l'assoupissement est de plus en plus profond.

Prescription : 40 sang. aux jug., 3 g̃ d'émétique *illicò*, à neuf heures un lavement purgatif et 12 g̃ calomel.

La potion émétisée produit une abondante évacuation de bile verte, visqueuse, le malade rend par le bas, une grande quantité de bile; dès lors, il éprouve du mieux: l'appareil fébrile perd de son intensité, la langue s'humecte et se nettoie; l'anxiété, la douleur épigastrique disparaissent en partie; la journée est assez calme; la fièvre, quoique faible, persiste cependant toute la journée, et ce n'est que dans la nuit qu'elle présente quelques rémissions

fugaces qui permettent d'administrer quelques prises de sulfate de quinine.

Le 19 au matin, le malade est presque sans fièvre; il accuse toujours un peu de céphalalgie : on observe de la somnolence, de l'incohérence dans les idées; tout phénomène gastrique a cédé.

Prescription : 6 g̃ de calomel, un vésicatoire à la nuque, un lavement purgatif, 2 g̃ quinine toutes les heures.

A onze heures, exacerbation fébrile marquée par des frissons et le redoublement de la céphalalgie : le malade ne peut plus être tiré de son état de somnolence, ou plutôt de coma; il ne donne aucun renseignement sur son état; le facies est de plus en plus inquiétant; les téguments crâniens sont brûlants, les carotides pulsent avec une force et une rapidité extraordinaires. Je fais appliquer 30 sangsues aux apophyses mastoïdes.

A sa visite du soir, M. le docteur Ségond, trouve le malade dans un état plus satisfaisant; la fièvre est moins forte, la somnolence moins profonde, et Nicond répond avec quelque justesse aux questions qui lui sont faites. Cet état persiste jusqu'au lendemain, cinq heures du matin. Il y a alors une nouvelle exacerbation fébrile, et, de nouveau, le malade tombe dans un profond coma.

Prescription : Inf. pectorale avec ad. 1 g̃ d'émét., un lavement purgatif, des vésicatoires aux jambes, 4 sang. de 2 en 2 heures, à chacune des apophyses mastoïdes; à huit heures, un second lavement purgatif.

A onze heures du matin, il y a déjà du mieux; à la visite de quatre heures, le malade a recouvré l'intégrité de ses fonctions intellectuelles; il y a moins de céphalalgie; peu de réaction fébrile; la nuit se passe bien et le

21, à six heures du matin, j'inscrivais la note suivante sur la feuille de clinique de Nicond.

» Beaucoup mieux aujourd'hui, plus de somnolence. » Les idées ont perdu cette teinte sombre qui les caracté- » rise depuis cinq jours; le malade éprouve un sentiment » de mieux être général; il est très-faible, sans fièvre ni » céphalalgie; le pouls est petit, lent, irrégulier, la tem- » pérature normale, un grand nombre de selles dans les » dernières 24 heures.

A partir de cette époque, la convalescence de Nicond s'établit et se confirme, et le 8 octobre parfaitement guéri, il sort de l'hôpital, où nous ne l'avons plus revu.

Le traitement de Nicond présente le résumé suivant : 90 sangsues, 3 vésicatoires, 2 lavements purgatifs, 4 g̃ d'émétique, 30 g̃ de calomel. Il n'y a pas eu de ptyalisme.

Obs. II. — Jossard, artilleur de la marine, est un individu robuste, d'un tempérament sanguin, âgé de 24 ans, habitant Cayenne depuis dix-huit mois. Il reçoit à la partie moyenne du pariétal gauche un coup de pierre qui produit une plaie contuse d'un pouce d'étendue qui n'intéresse que les téguments. Étourdi par la violence du choc, ce militaire tombe sans connaissance, on le transporte à l'hôpital; il accuse de la céphalalgie, des étourdissements; il est resté quelque temps exposé en plein aux rayons d'un soleil ardent, sa face est rouge et vultueuse, le pouls gros et plein. Je le saignai, je fis appliquer 30 sangsues aux environs de la blessure, et fis administrer 8 g̃ de calomel et un lavement purgatif.

Dès le lendemain matin, à la visite de M. le docteur Ségond, Jossard présente une grande amélioration dans son état de la veille. La plaie de la tête se cicatrise rapi-

dement et nul accident ne surgit, lorsque, le *onzième jour* (1), le malade, qui devait sortir le lendemain de l'hôpital, est pris d'une violente céphalalgie bornée au côté gauche; la fièvre s'allume et devient très-intense, la peau reste sèche, brûlante, âpre, le pouls gros, plein, fréquent, les pupilles se dilatent; le malade tombe dans l'assoupissement.

Prescription : Eau de gomme, 60 sangsues aux environs de la blessure et aux jug., une saignée de ℥ *xvj*, *xij* ℊ de calomel, un lav. purgatif.

Aucun changement ne se manifeste; à la visite du soir il n'y a aucune amélioration; le pouls a faibli, la céphalalgie, la somnolence ont augmenté; il y a un peu de délire, la langue a rougi vers sa pointe et s'est desséchée; quelques nausées ont eu lieu.

Pres. : Raser la tête et la frictionner avec onguent mercuriel 3 *j*, un vésicatoire à la nuque, deux autres aux jambes. 6 ℊ de calomel, un lavement purgatif.

La nuit se passe, aucun changement ne s'opère. A sa visite, M. le docteur Ségond trouve Jossard de plus en plus mal; les pupilles sont énormément dilatées, quelques mouvements convulsifs ont eu lieu dans le bras *droit*, la somnolence est de plus en plus profonde, le pouls est irrégulier, la langue rouge et sèche; de fréquentes nausées tourmentent le malade.

On couvre la tête d'un large vésicatoire, 12 ℊ de calomel, un lavement avec 12 ℊ d'aloës et 12 ℊ de calomel,

(1) Il est remarquable que les accidents consécutifs se soient ici, comme chez Nicond, déclarés le onzième jour. Il ne serait peut-être pas sans intérêt de faire des observations analogues sur une grande échelle (note du docteur Ségond).

6 sangsues d'heure en heure derrière chaque oreille, 12 autres à l'épigastre.

A 4 heures il y avait du mieux; Jossard sortait de l'état d'assoupissement qui l'accablait depuis trois jours (1); il se plaint de céphalalgie et d'une grande faiblesse.

La nuit est calme, le malade repose. Le 21, toute céphalalgie a cessé, un faible ptyalisme se déclare, les évacuations sont abondantes, tous les phénomènes morbides s'amendent pour disparaître bientôt complètement. La convalescence se confirme, elle s'accompagne d'une légère fièvre mercurielle; celle-ci cesse.

Depuis trois jours Jossard, long-temps maintenu à un régime sévère, avait obtenu la demi-ration, lorsque le 16 septembre, à 5 heures du soir, il est pris d'une violente hémicrânie; à 8 heures la fièvre survint avec du frisson et des nausées. Le 17 au matin la fièvre est forte, la céphalalgie très-vive; le malade est assoupi, les pupilles se sont dilatées. On jette 40 sangsues autour de l'ancienne blessure, on couvre la tête d'un vésicatoire; ceux des jambes et de la nuque sont avivés. On prescrit 6 g de calomel, de l'eau émétisée. Le soir il y a moins de fièvre, encore tendance au sommeil, forte céphalalgie. Ces accidents persistent quelques jours encore, mais en décroissant. Le 21, ils ont tout-à-fait cessé; une seconde fois le malade entre en convalescence, sa santé se confirme. Le 20 novembre Jossard quitte l'hôpital.

Dans les observations ci-dessus on peut apprécier les bons effets qui ressortent de l'emploi du calomel et des

(1) C'est au vésicatoire céphalique et au calomel qu'il faut rapporter la plus grande partie de ce changement si favorable (note du docteur Ségond).

autres dérivatifs dirigés sur le tube gastro-intestinal dans le traitement des affections encéphaliques. Ce médicament *si appréhendé* par quelques-uns, a été ici largement employé; un seul individu a présenté un faible ptyalisme dont l'apparition a coïncidé avec une amélioration marquée dans l'état du malade. Il n'a jamais produit d'accident du côté du tube digestif.

L'émétique a été administré une fois à dose vomitive; c'est qu'alors la phlegmasie encéphalique coïncidait avec un état saburral des premières voies. Son emploi a été suivi d'abondantes évacuations bilieuses : le mieux est aussitôt apparu.

Enfin, un dernier mode sur lequel j'appellerai l'attention, c'est l'établissement d'un écoulement sanguin continu, par des applications réitérées de sangsues aux apophyses mastoïdes. Les avantages qu'offre cette manière de faire sont trop évidents pour qu'on ait besoin de les exposer longuement. En produisant une élimination continue de l'un des matériaux les plus actifs de la phlegmasie, il présente cet immense avantage de moins fatiguer les malades et de moins les exposer au danger de la réaction, qui trop souvent accompagne une déplétion sanguine brusquement pratiquée (1).

Voici quelques remarques sur les fièvres de Cayenne, qui, rapprochées de celles que j'ai déjà publiées, complètent mes observations sur cette classe de maladies.

Les fièvres continues sont des plus rares à la Guiane; celles dites éruptives ne sont pas fréquentes; parmi ces dernières, la forme ortiée est celle que j'ai le plus souvent observée.

(1) Ici s'arrête la rédaction de M. A. Roux.

Bien que les influences qui nous régissent aient une tendance presque absolue à engendrer le phénomène de l'intermittence pure, le type rémitto-subintrant, qu'on pourrait quelquefois confondre avec le continu, s'observe, toutes les fois que la fièvre est grave, sous l'aspect *phlegmasique*. Alors, pour être redoutable, elle n'est pas ce qu'on peut appeler *pernicieuse*. Quand la fièvre présente incontestablement ce dernier caractère, elle affecte le type tierce; plus souvent, c'est le quotidien; dans ce cas, les phénomènes *nerveux*, suivis de congestions opprimantes, l'emportent visiblement sur ceux qui retracent l'état *phlegmasique*.

Ces divisions sont si peu scholastiques et imaginaires qu'il n'y aurait dans le traitement que hasard et déception pour celui qui ne les admettrait pas.

Il est donc, à la Guiane, des fièvres étrangères aux phlegmasies, celles dites simples, et la plupart de celles qu'on est autorisé à regarder comme *essentiellement* pernicieuses sont de cette nature, C'est faute de tenir compte de ces distinctions importantes, que dans l'état grave on jette les malades dans un collapsus d'où ils ne peuvent plus sortir, et qu'alors que la fièvre est simple, on parvient à l'éterniser sous forme de rechutes. S'il en arrive ainsi, dans l'une et l'autre circonstance, c'est, selon moi, pour avoir trop débilité l'organisme, et ne s'être pas suffisamment attaché à combattre l'aberration nerveuse, source première des plus graves désordres pyrétiques.

Dans les fièvres simples, primitives ou récidivées, je recours rarement aux sangsues; au début, un régime ténu, une boisson délayante; au déclin, une bonne nourriture, des amers et des ferrugineux, tel est le traitement qui me

réussit le mieux. Prodiguer les saignées locales, comme je le voyais faire avant que je fusse chargé du service, administrer la quinine à petites doses, sous le vain prétexte qu'elle échauffe, ne pas en continuer l'usage plus longtemps que l'habitude n'en est contractée, et maintenir pendant presque toute la convalescence le sujet à l'eau gommée et à une alimentation peu substantielle, c'est bien certainement, avec le billet de sortie, lui délivrer celui d'une prochaine rentrée. C'est encore, en affaiblissant la muqueuse digestive, placer tout le système abdominal sous l'influence d'un despotisme nerveux qu'on ne parvient plus à enrayer; c'est exposer *directement* les individus à la *colique végétale*, et c'est aussi les placer sous le coup de l'hydropisie et de toutes les obstructions viscérales.

Depuis que je suis dans ces idées, où l'expérience m'a conduit *empiriquement*, et comme à mon insçu, les hommes n'ont fait qu'un court séjour à l'hôpital, ont rarement rechuté; enfin, ils ont gardé leurs forces et le peu de coloris que comporte l'atmosphère énervante du pays. Qu'on demande aux officiers de santé de Cayenne s'il en était ainsi par le passé? passé auquel j'ai regret d'avoir moi-même participé!

Dans nos fièvres, les caractères ataxiques l'emportent généralement sur ceux du génie adynamique, ce qui indique la prééminence du système nerveux et des lésions fonctionnelles sur le système sanguin et les altérations de tissus, même quand ceux-ci sont en proie à la phlegmasie (1).

---

(1) Ce qui s'explique par l'exaltation habituelle du système nerveux, sous l'influence du climat.

Les fièvres sont beaucoup plus graves et plus fréquentes pendant la saison sèche, l'*été*, que pendant la saison humide et pluvieuse, l'*hivernage*. A la première époque appartiennent plus essentiellement les fièvres remitto-subintrantes et quotidiennes; à la seconde, les fièvres tierces, quartes et anomales.

Sans justifier par des vues théoriques, qu'il serait trop long de dérouler ici, les motifs sur lesquels s'appuie la thérapeutique que j'ai adoptée contre les *fièvres graves* qui règnent à la Guiane, j'en formulerai les bases ainsi qu'il suit :

1° Dans l'intervalle de deux accès, ne jamais prescrire la phlébotomie ni les sangsues (1), lors même qu'il existe une douleur ou un point d'irritation fixe; soutenir au contraire l'économie par les modificateurs non nutritifs; agir sur le système nerveux en s'emparant de ses oscillations anomaliques, par les moyens qui en déterminent le rhythme, c'est-à-dire le repos, la quinine, et, s'il y a lieu, les opiacés.

2° Le frisson survenu, le modérer et l'accourcir par les agents appropriés, s'il est trop intense et trop prolongé; dans ce dernier cas, user des rubéfiants les plus actifs, quitte à les enlever et à en tempérer l'action pendant la chaleur.

3° La chaleur survenue, pratiquer la saignée s'il est nécessaire, appliquer les sangsues, prescrire une boisson rafraîchissante, le calomel et des lavements purgatifs, le tout dans des proportions relatives à l'âge et à la con-

(1) Il faut aussi s'abstenir d'administrer des lavements, agents qui n'amoindrissent l'effet virtuel de la quinine qu'en affaiblissant l'économie elle-même, en déprimant le système nerveux.

stitution du malade, à l'intensité et au caractère de la fièvre.

4° Relever les forces pendant le stade de sueur, si l'on s'aperçoit que l'on a trop débilité, ou que le génie de la fièvre prescrive cette conduite, *trop rarement suivie.* C'est dans cette période que *les vésicatoires sur le cuir chevelu,* et non les épithèmes réfrigérants, doivent être employés; que le liniment ammoniacal, le plumbago (dentelaire), et surtout le *cautère actuel* au synciput, et *les moxas* sur l'*épigastre,* trouvent leur application.

Ce dernier moyen m'a procuré des succès inouïs dans les fièvres soporeuses, algides, syncopales, etc., en un mot, dans les pyrexies où la vie se retire, où le malade tend à perdre conscience et toute relation avec le monde extérieur.

Sans produire ici un grand nombre d'observations particulières à l'appui des formules que je viens de tracer, je donnerai le sommaire d'une fièvre gastro-céphalique des plus graves.

Mois de septembre 1835. — M. Dalican, procureur du roi à Cayenne, âgé de 40 ans, constitution athlétique, tempérament bilieso-sanguin, tête volumineuse, activité cérébrale remarquable, études opiniâtres, habitant les tropiques depuis trois ans (entre la Guadeloupe et Cayenne.)

Causes déterminantes. — Mission longue et pénible au quartier *malsain* d'Approuague pendant la première quinzaine du *dessèchement* des *marais*, qu'on traverse lentement à pied, ayant le soleil sur la tête; parvenu à destination, travaux pénibles et prolongés très-avant dans

la nuit, un peu d'excitation du côté du régime, pour supporter de grandes fatigues.

Symptômes particuliers ou prédominants : Délire ou sopor, teinte ictérique, altération grande du facies, vomissements abondants, verts noirâtres ou sanguinolents, incoercibles pendant les accès, qui offrent une longue durée et une intensité effroyable (la fièvre a d'abord été quotidienne et d'apparence peu grave, puis rémitto-subintrante, sous l'aspect le plus alarmant), carphologie, balonnement considérable de l'abdomen, chaleur ataxique, extrémités froides et poisseuses, selles fréquentes et involontaires, ensemble comportant le plus grave pronostic, apparence d'une mort très-prochaine.

Traitement commencé le troisième jour de la maladie : Forte saignée du bras, 300 sangsues entre la tête, l'épigastre et le siége; points où l'on avait successivement établi un écoulement *permanent*; sulfate de quinine en ingestion, 200 g; en lavement, 160; en friction et par la méthode endermique, 240; mélange des teintures de kina et de cantharides, une livre; quatre cautères olivaires au synciput, un moxa fixe sur l'épigastre; une calotte entière de vésicatoire, idem à la nuque et aux cuisses, plunbago aux pieds; calomélas, 130 g *en trois jours.*

Effets du traitement : Ayant tout d'abord amené une rémission assez prolongée, puis se montrant impuissant malgré son intensité et l'étendue de son énergie. Après l'emploi du feu au vertex et à l'épigastre, mieux *subit* et *soutenu*, la *salivation* commence, et avec elle apparaissent les signes de la convalescence. — En résultat, cure des plus inattendues, et rapportée tout entière à l'heu-

reuse intervention du feu, moyen qui porte aux plus belles espérances (1).

Durée de la maladie, vingt jours, y compris la convalescence.

Je sens bien que plus de détails seraient nécessaires, mais je ne veux ni grossir ce mémoire, ni trop anticiper sur l'ouvrage que je dois publier. Mon but, en donnant ce résumé clinique, dans la forme que j'ai adoptée pour ce genre d'archives, n'a été que d'attirer l'attention sur l'emploi du *feu*, véritable *ancre de salut*, pour tant de malades que des moyens moins énergiques laisseraient en proie au danger qui les menace!

Bien que je me sois déjà inscrit contre les applications froides sur le cuir chevelu, je dirai encore deux mots à ce sujet :

Si un tel moyen, porté au degré d'énergie voulu et employé avec continuité, peut rendre quelque service, il sera certainement nuisible toutes les fois qu'on ne remplira pas ces conditions importantes, ce qui arrive la plupart du temps. Du reste, il me paraît fort difficile d'en justifier l'usage; car, en refroidissant la périphérie du crâne, on peut ralentir la circulation dans les branches vasculaires qui l'arrosent, mais le sang non admis dans la maxillaire externe, ne se précipitera-t-il pas vers la maxillaire interne? Certes, je comprendrais mieux la glace et ses succédanées au cou, sur le trajet des carotides, que sur le cuir chevelu. Sous un autre point de vue, serait-il facile de prouver que le froid, qui ne convient ni

(1) Toutes les fois moins une, qu'il a été employé, non-seulement il a réussi, mais le bienfait qu'il a procuré a été *subit*.

dans les phlegmasies pectorales, ni dans les inflammations du ventre, fut si héroïque dans la même affection envahissant le cerveau et les méninges? Je ne le crois pas.

L'expérience, autant que le raisonnement, m'a conduit à penser que le froid appliqué sur la tête, devait exercer plus d'énergie sur le *système nerveux*, proprement dit, que sur le *vasculaire*; de là ma pensée, que ce modificateur est mieux adapté aux phénomènes *vitaux* et *congestifs* de l'encéphale qu'aux altérations *phlegmasiques* de cet organe. Dans cette vue, j'y recourrais plus volontiers pour combattre le *délire* et autres *aberrations fonctionnelles*, que pour détruire l'*inflammation* et ses phénomènes *consécutifs* (1).

Si tous les raisonnements auxquels je viens de me livrer sont faux ou erronés, j'attaquerai encore ce moyen par la *lenteur* de ses effets, par l'immense désavantage des *réactions* qu'il provoque, des *intempéries* qu'il fait subir à l'organe malade et à tous ceux qui entrent en relation pathologique avec lui, des *métastases* qu'il peut déterminer.

---

(1) Je crois que la sensation agréable que cause le froid à ceux qui souffrent de la tête est ce qui a le plus contribué à généraliser ce moyen, jugeant de son effet *secondaire* et *thérapeutique*, par celui *immédiat et de pure sensation* qu'il détermine. Cependant, serait-il raisonnable de penser que ce fût en faisant cesser le trop plein des tubes vasculaires que le soulagement se produisît ici. Il est, selon moi, bien plus rationnel de rapporter le phénomène au système nerveux. Maintenant, que cette mutation physiologique, ait, même sous l'aspect où je l'envisage, un résultat avantageux, je ne le nie pas, mais je lui conteste une grande influence, une action capable de faire arrêter une phlegmasie, bien moins encore de contribuer activement à sa résolution, quand une fois elle existe.

Que voulez-vous attendre d'un agent qui met plusieurs heures à produire son effet, quand moins de temps suffit pour déranger tous les rouages de la vie, pour voir surgir des phénomènes dont le résultat morbide sera désormais irrémédiable.

Jetez les yeux sur un malade en proie à une fièvre soporeuse, dans un pays où un accès de ce genre peut l'anéantir, et demandez-vous si le froid vous semble un agent d'une énergie et d'une promptitude suffisantes pour ramener le sujet à un état physiologique moins alarmant? Certes, il n'en est rien ; alors recourez au *vésicatoire* du cuir chevelu, et, si le danger est des plus grands, n'hésitez pas un seul instant à vous armer de *cautères* et de *moxas*, brûlez le synciput, établissez un foyer de chaleur et de réaction vitale au centre épigastrique.

Si je me hasarde à dire ici quelques mots, concernant le choléra, c'est afin de combler une lacune qui pourrait exister dans l'histoire *géographique* de cette maladie.

Ce fléau ne nous est point parvenu par la voie maritime et commerciale, car lors de son apparition sur nos plages il n'existait plus en France; il venait de se laisser entrevoir, il est vrai, aux Antilles et sur quelques points méridionaux du continent américain; mais, entre nous et ces contrées, aucun rapport n'avait lieu, pas une communication ne s'était établie.

Le vent de nord qui régnait alors, en juin, contrairement à toute règle observée dans la météorologie, si uniforme du pays, doit-il être considéré comme la cause de translation? Je ne voudrais pas le soutenir. Quoi qu'il en soit, ce vent présentait, en sus de sa prolongation insolite, une intensité peu commune; les pluies, encore plus dilu-

viales que de coutume, se rencontraient avec un abaissement de température; l'aspect du ciel était triste et inusité; des oiseaux, peu familiers aux habitants, s'agitaient comme violemment dans l'air, et des nuages bleuâtres, autrement configurés que ceux qui voilent habituellement le ciel de la contrée, fixaient l'attention.

Un exemple de choléra algide, mortel et bien constaté, quelques choléras imminents, mais promptement réprimés, là où les secours pouvaient être donnés; d'autres qui ont eu une fin funeste, mais dont le diagnostic n'a pas été établi; enfin, une cholérine presque générale, tel est l'ensemble des événements que nous rapportons à une épidémie légère, mais bien *réelle*, de choléra.

A deux mois de là, avec des circonstances atmosphériques qui n'avaient plus rien d'irrégulier, une seconde épidémie de cholérine eut lieu, et, comme la première, elle fut ouverte par un choléra algide, fatalement terminé.

Une épidémie aussi éminemment *catastatique*, pour me servir d'une expression que le choléra a mis à la mode, peut laisser quelque doute sur le passage de cette maladie à Cayenne; cependant, si l'on considère que le choléra accidentel et sporadique n'y a *jamais* été observé, du moins par aucun des médecins de la colonie, et il s'en trouve qui l'habitent depuis vingt et trente ans, on se rapprochera plus volontiers de cette opinion.

Certes, on ne saurait prétendre à expliquer pourquoi le choléra s'est montré si bénin à la Guiane; mais, au milieu de tant de suppositions qui pourraient ici surgir, qu'on me permette d'énoncer celle que l'immense végétation dont cet inculte pays est couvert a peut-être exercé une influence neutralisante. Telle était ma manière de

voir avant que le fléau nous eût donné l'alarme, et pensant que cette opinion, fermement soutenue, pourrait agir sur les esprits, je ne balançai pas à affirmer que les *grands bois* seraient une sphère d'isolement, et qu'en y faisant migration, on éviterait toute atteinte épidémique.

Des vêtements plus chauds et plus serrés, que l'habitude ne le comporte dans les régions équatoriales, une chaussure imperméable (souliers en caoutchouc), un régime non-spécial, mais de facile digestion, et l'usage du thé animé avec l'alcool, représentent la prophylactique que j'ai fait suivre à ceux qui m'ont demandé des conseils.

De fortes infusions de camomille ou de menthe avec addition de rhum, le calorique développé et maintenu à la surface par des moyens simplement domestiques, des lavements d'eau de riz froide, auxquels on ajoutait l'albumine de l'œuf et quelques gouttes de laudanum, des pilules d'*ipeca* et de *calomel*, tels sont les moyens mis en usage avec un prompt succès contre la cholérine.

Des deux cas de choléra, l'un fut traité par l'émétique, la saignée du bras et les bains chauds; l'autre, par la camomille au rhum, les pilules d'ipeca, de calomel et d'opium; tous deux furent mortels, mais il faut le dire, le second parut enrayé pendant une période de *huit heures*; peut-être la réaction se fût-elle maintenue, si, ne la croyant ni si vive, ni si bien affermie, on se fût dispensé de recourir trop tôt aux antiphlogistiques!

Ce semblant de succès, après celui obtenu par le même moyen dans la cholérine, nous berça *tous* d'une espérance bien douce, et pour le sujet auquel il s'appliquait, et pour l'avenir tout entier de l'épidémie, si elle venait à s'étendre.

Le malade fut victime, le pays fut épargné, et cette solution est incontestablement plus heureuse que celle qu'on pourrait se promettre d'un spécifique quel qu'il fût.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir signaler ce dernier mode de traitement à l'attention des hommes qui *daignent* encore s'occuper de la question du choléra, bien que ce fléau ne semble plus être pour nous à redouter (1).

La syphilis n'a pas été pour moi le sujet d'observations nombreuses ni bien importantes; cependant, je relaterai ici que la haute température du climat n'a pas du tout sous mes yeux *remplacé la salsepareille*, et que les militaires qui nous arrivaient de France, en proie aux affections dont il s'agit, ont dû faire connaissance avec le médicament qui en est, si non le spécifique absolu, du moins le plus puissant modificateur (2).

En résumé, le climat m'a paru favorable à la cure de ces maladies, et modérateur sensible des conséquences éloignées qu'elles peuvent offrir. C'est dire que la forme *constitutionnelle* s'observe rarement, sans que participent à ce privilège les nègres ni les individus qui, comme eux,

---

(1) Le malade ainsi traité prit environ trois onces de vieux rhum dans une pinte de camomille, ingéra 40 grains d'ipeca, 20 de calomel et environ 4 grains d'opium. La vésication dorsale de M. Petit fut opérée, deux moxas furent promenés sur la ligne blanche; des lavements de riz, albumineux et opiacés, furent administré.

Il est bon de savoir que ce militaire, buveur de profession, avait une *vieille diarrhée*, pour laquelle il ne se fit jamais traiter.

(2) L'humidité si grande du climat pourrait bien neutraliser l'heureuse influence de la chaleur.

poussent jusqu'au cynisme la facheuse incurie dont j'ai observé tant d'exemples?

Le *pian* ne me suggérera ici aucune réflexion, ayant dit le peu que j'en savais dans une lettre à M. le professeur Alibert, lettre publiée dans le n° 23 du Journal hebdomadaire 1836. Les planches n'ayant pas été jointes à cet article, j'ai l'honneur de les mettre sous les yeux de la société.

DEUX MOTS RELATIFS A LA CHIRURGIE.

La fréquence du tétanos spontané à la Guiane, ne me semble en rien influer sur le développement de cette grave maladie, comme compliquant les opérations chirurgicales; du moins, me suis-je acquitté de ces dernières, y compris les plus graves et celles qu'on pratique en piquant, sans en avoir jamais observé aucun cas. A côté de cette remarque, que je ne crois pas sans importance, parce que le préjugé contraire peut faire ajourner certaines opérations, ou les faire considérer comme n'étant pas à tenter, doit se rencontrer celle que les *blessures accidentelles* sont loin de présenter la même innocuité. Ainsi, les piqûres et lacérations des *aponévroses* et des tissus fibreux en général, bien plus que des *filets nerveux*, sont presque inévitablement suivies de fatales contractions spasmodiques; et la division *complète et régulière* de ces membranes constitue le moyen qui est à la fois le plus rationnel et le plus héroïque.

De ce précepte, basé sur l'expérience, découle l'indication de réduire *au plus vite* les fractures, de même qu'il porte à considérer celles qui sont *comminutives*, comme

beaucoup plus graves, là où le tétanos est endémique, qu'en dehors de cette circonstance. Si les facheux exemples qui m'ont mis sur la voie de formuler cette opinion m'étaient personnels, je les accompagnerais de quelques détails pour lui donner de la force et de l'autorité; car, n'est on pas toujours plus disposé à vous croire, alors que vous racontez les fautes que vous avez commises, les erreurs dans lesquelles vous êtes tombé, que si vous produisez au grand jour un succès que vous ayez obtenu!

La gangrène, qu'on pourrait croire si imminente dans les circonstances traumatiques, je ne l'ai observée qu'une fois à la suite des opérations, encore devait-on s'y attendre.... Si ceux qui nous ont précédé ont émis une opinion contraire, c'est que les moyens usités de leur temps étaient défectueux dans le sens des influences du climat. Aujourd'hui, que les corps les plus simples, et surtout *l'eau*, ont remplacé les onguents et les pommades dont l'ancienne chirurgie faisait un abus non moins déplorable que ridicule, on rencontre rarement, même dans les pays chauds, et la gangrène, et la pourriture d'hôpital.

Quant à l'eau, je crois devoir avertir qu'elle n'est point du tout en usage au *Para*, pays voisin de Cayenne, où on la regarde comme pouvant très-facilement amener le tétanos. De là, l'étonnement que manifesta le savant docteur *Correa de Lacerda* (qui nous était venu de cette province à Cayenne), quand il nous vit, non-seulement laver les plaies à grande eau, mais nous servir de ce liquide comme d'un excellent topique. Pour éviter une impression trop vive sur les tissus dénudés, nous avions soin de ne [illegible]sage que d'eau tiède, précaution que je crois bonne

à observer, malgré qu'on l'ait quelquefois enfreinte avec la plus complète impunité.

Dans le voyage que je fis à Surinam, colonie hollandaise de la Guiane, j'eus connaissance, pour la cure de l'hydrocèle, d'un procédé dont je ferai part à la compagnie. Ce procédé, est celui de la *ligature*, qu'on pratique avec une longue aiguille contenue dans une canule d'argent.

La peau tendue sur la tumeur, le testicule dans une position fixe et bien déterminée, on s'arme de l'aiguille contenue dans sa canule, et portant un ruban de fil ciré formé de deux à trois brins; on pénètre dans la tunique vaginale, à un pouce environ au-dessus de la base de la tumeur; ce premier temps accompli, on fait glisser la canule de manière à ce qu'elle aille s'appliquer au point diamétralement opposé à celui par lequel elle a pénétré; alors, soulevant avec elle la membrane séreuse, l'aiguille traverse cette dernière avec la plus grande facilité. Cela fait, on retire la canule par le point où elle a d'abord pénétré, et l'on procède à la ligature de manière à étrangler modérément le segment de peau compris entre l'entrée et la sortie du fil, qu'on serre chaque jour jusqu'à ce qu'il ait entièrement divisé les parties qu'il embrasse.

Ce procédé, simple en lui-même, présente l'immense avantage de permettre à l'opéré de vaquer à ses affaires. A Surinam *on ne s'alite pas* pour cette opération, qu'on m'a dit *toujours* réussir : je ne l'ai pas vu pratiquer, et la tiens de M. le docteur Horsmann.

Sans étendre de beaucoup encore l'exposition des particularités offertes par le climat où j'ai observé, je ne puis taire ce qui est relatif aux affections cancéreuses. Rien

n'est plus rare à la Guiane que le cancer du sein; sept ans d'une pratique, qui comportait à bien dire le monopole de la chirurgie, ne m'ont offert qu'une fois le squirre de ces parties, chose d'autant plus digne de fixer l'attention, que les négresses, par exemple, laissent incessamment tirailler leurs mamelles par leurs nourrissons, circonstance qui leur vaut des inflammations assez fréquentes, *mais toujours heureusement terminées.*

Le privilège dont jouissent les femmes, relativement aux affections cancéreuses du sein, n'est pas moins absolu, quant aux organes générateurs; et ceci est d'autant plus remarquable que la classe malheureuse de la population coloniale présente une extrême dépravation de mœurs; en même temps que les femmes esclaves, soumises à de pénibles travaux, sont, on ne peut plus, sujettes au déplacement de l'utérus, incommodité pour laquelle elles n'emploient aucun moyen palliatif ou de contension.

En sus de ce que le cancer ne survient qu'avec une extrême rareté à la Guiane, il me paraît y avoir dans le climat de cette contrée une influence vraiement rétroactive pour cette funeste maladie. Ainsi, une dame atteinte de squirre du col et même du corps de la matrice, à un degré tel que les premiers praticiens de la capitale en avaient désespéré, a trouvé, dans un séjour de quatre ans qu'elle fit à Cayenne, la solution d'un pareil état. Une fois cependant, et alors qu'elle habitait la colonie, cet état se réveilla avec assez d'intensité sous l'influence de peines morales très-vives. Un traitement de deux mois me suffit pour la mener à guérison. Cette personne habite aujourd'hui Paris où elle continue à jouir d'une bonne santé.

Ce que j'ai vu à Cayenne, concernant le cancer chez la

femme, m'a paru d'autant plus digne de remarque et en même temps d'autant plus bizarre, que les hommes ne jouissent pas de la même innocuité pathogénique, puisque, dans l'espace de quelques années, j'ai opéré huit sarcocèles fournis par une population très-minime. Un seul a récidivé, il concernait un individu dont les ascendants avaient offert des cas remarquables de cette maladie. Ce fut dix-huit mois après l'opération, ayant repris ses affaires, commis de nombreux excès, et fait abus du remède Leroy, que le sujet succomba, pendant mon premier séjour en France. L'autopsie, faite sous les yeux de feu V. *Prus*, ne fit rencontrer aucun vestige de matière cancéreuse dans le moignon du cordon spermatique; les ganglions ne parurent que simplement tuméfiés, mais la rate contenait de la matière encéphaloïde disséminée. Les nombreuses et graves fièvres intermittentes que le sujet avait subies, la fièvre hectique de résorption (1), qui depuis quelque temps existait chez lui, quand il se soumit à la castration, n'auraient-elles pas déterminé l'élection de la matière cancéreuse dans le tissu de la rate?

Les faits qu'on rencontre ici, pour être bons à constater, n'aideront pas beaucoup à élucider la théorie du cancer; ainsi, on ne serait pas autorisé à invoquer la fluidité, la ténuité ou la plus grande vitalité de la lymphe sous l'influence d'une haute température, puisque là s'observent avec une fréquence remarquable, chez la race africaine et ses ramifications, les lèpres ulcéreuse (mal rouge) et tuberculeuse (éléphanthiasis ou mal de Barbada), l'érysi-

(1) C'est à la demande du malade qui, sans l'opération, n'eût certes pas vécu deux mois, que je lui appliquai l'adage de Celse.

pèle œdémateux et une foule d'ulcères aux jambes, dont la lymphe, devenue plastique et acimonieuse, semble former comme le véhicule et l'élément principal.

Ce sera, sans doute, donner aux vues que nous venons d'émettre plus d'intérêt qu'elles n'en ont présenté jusqu'ici que de nous livrer à quelques considérations sur la mortalité; mais, avant de l'envisager en masse et dans le période de temps qu'embrassent les événements qui s'y rattachent, voyons-la dans ses détails, et procédons par époque.

Deuxième semestre 1834 (1), à côté d'un total de 434 maladies (2), le chiffre 12 nous représente celui de la mortalité (3). Ici, la dysenterie figure à elle seule pour un quart, et marque la fin d'une méthode dont nous avons ailleurs, à côté des avantages, démontré l'insuffisance et les inconvénients.

Quant à l'abcès au foie, il était compliqué de dysenterie bilieuse, le pus était tout formé lors de l'arrivée du malade à l'hôpital, qui, livré à lui-même dans les forêts séculaires de l'Oyapock, et ayant à sa disposition le coffre à médicaments du nombreux atelier dont il était le chef, fit le plus grand abus possible des purgatifs drastiques. Ce cas représente du reste une des erreurs de diagnostic dont je me suis accusé en parlant de l'hépatite.

---

(1) La clinique des années précédentes a été publiée dans le Journal hebdomadaire 1835.

(2) Dans ce compte-rendu, comme dans tous les autres, ne figurent pas les *reposants*, et quand un homme fait plusieurs maladies dans un même séjour à l'hôpital, nous sommes dans l'habitude de ne mentionner que la plus grave ou la plus intéressante.

(3) Voyez le tableau n° 1.

Un matelot âgé, et d'une constitution détériorée, représente le sujet qui, *dix minutes* après son entrée, succomba à une affection que son *cadavre* a fait *considérer* comme une gastro-entérite chronique, devenue sur-aiguë par l'abus des liqueurs alcooliques. Cet homme, employé aux travaux de la cale, y resta trois jours sans réclamer de secours; apporté privé de connaissance à l'hôpital, son lit ne tarda pas a être échangé contre un drap mortuaire.

Cinq hommes ont succombé aux fièvres graves, dont quelques-unes ont paru offrir de l'analogie avec le typhus américain.

Un sujet a succombé le septième jour à une arachnoïdite presque générale,

Cette fois, la mortalité de nos fièvres a dépassé le chiffre accoutumé; mais ce nombre peut se réduire des deux-cinquièmes si l'on considère que l'un des malades a succombé en moins de vingt-quatre heures, dans l'accès qui l'amena à l'hôpital, et qu'un autre ne fut reçu dans nos salles que le quinzième jour après l'invasion.

Premier semestre 1835 (voyez le tableau n. 2). Quatre individus (1) ont succombé aux fièvres graves observées pendant ce semestre, trois étaient militaires; ces derniers, réunis, n'ont pas fait à l'hôpital un séjour de soixante heures, et ils sont venus expirer dans nos salles, entre le cinquième et le septième jour de leur maladie (2). La fièvre, d'abord intermittente non pernicieuse, ne tarda pas à revêtir ce caractère par l'absence de se-

(1) Y compris celui atteint d'arachnoïdite.

(2) A dater de leur entrée, l'un à vécu 30 heures, l'autre 24 et le dernier 2. Existait-il encore quelque chance de sauver de pareils malades!

cours, ou sous l'influence des moyens rarement appropriés, soit que les militaires se les administrent d'eux-mêmes, soit qu'ils accordent leur confiance à quelqu'une de ces sybilles africaines, dont la sollicitude n'est pas toujours une feinte intéressée, mais dont l'aveugle empirisme est, à coup sûr, un des plus grands fléaux des colonies en général (1).

Le quatrième des sujets appartenant à cette catégorie tomba aussi malade sur une habitation éloignée et des plus insalubres. Déposé *en délire* dans une pirogue qui mit trois jours à gagner Cayenne, ce pauvre jeune homme, seulement assisté de ses nègres, nous arriva dans un état également irrémédiable.

Certes, le climat, représenté par les miasmes marécageux, est ici la cause de la mort; mais que l'art fût intervenu à temps, et ce dernier malade, ainsi que les trois précédents, n'eussent pas succombé. Il est maintenant reconnu à Cayenne que toute maladie, contractée sur un point de la colonie, qui comporte la promptitude des secours, ne saurait, à bien dire, être mortelle, tant il est facile, avec les formules usitées, de prévenir le développement de graves symptômes ou d'en triompher, alors qu'ils sont encore récents.

La pneumonie qui figure dans ce deuxième tableau comme ayant eu une issue funeste, est celle dont nous avons parlé au commencement de ce mémoire ; on se rappelle que le poumon était suppuré quand le sujet nous arriva, après douze jours d'invasion.

---

(1) L'omission de l'art le plus nécessaire peut être mise, a dit M. Louis, au nombre des plus grands fléaux qui affligent l'humanité.

Enfin, un individu avancé en âge, goutteux au suprême degré, et en proie à un catarrhe pulmonaire qui datait de plusieurs années, ainsi qu'un sujet *entièrement asphyxié* quand il nous fut apporté, complètent le chiffre nécrologique de ce semestre.

De ces explications ne résulte-t-il pas qu'aucun des sujets qui ont succombé n'offrait, à son entrée à l'hôpital, la moindre chance de salut. Si l'on veut contester une proposition aussi légitime, je ferai du moins remarquer que la mortalité ne s'élève pas ici à deux sur cent, puisqu'elle est de 6 pour 406 malades, l'asphyxié retranché de ce double chiffre.

Du 1er juillet au 30 novembre, cinq mois (voyez le tableau n° 3). Ici, six morts figurent à côté de cinq cent vingt-quatre malades, et quelles affections sont représentées par ce chiffre nécrologique? le choléra, la suppuration du foie, l'extirpation de la cuisse et la fièvre algide pernicieuse.

Quant à la colique végétale, elle concerne deux individus, dont l'un, atteint de cette maladie depuis deux mois environ, sans avoir été secouru, vint expirer à l'hôpital *quarante minutes* après son entrée; il était à l'*agonie*; dont l'autre, en proie à une gastro-entérite chronique, et récemment guéri d'une dysenterie compliquée d'hépatite, meurt, *presque inopinément*, la seconde nuit de son entrée à l'hôpital.

Le sujet atteint de fièvre cholérique algide arrivait de l'insalubre quartier de la *Gabrielle*; il était sur la fin de l'accès, qui l'emporta neuf heures après qu'il fut confié à nos soins. A son entrée, il était sans connaissance, vomissait irrésistiblement, était froid à ne pouvoir plus être

réchauffé, cyanosé dans toutes les parties déclives du corps.

L'art offrait-il encore ici beaucoup de ressources pour de tels malades?

Rapprochons maintenant tous les cas de mortalité, et comparons-les au chiffre général des maladies.

Asphyxie par immersion.	1
Abcès au foie.	2
Désarticulation de la cuisse.	1
Choléra-morbus.	1
Dysenterie.	3
Pneumonie.	1
Goutte, catarrhe chronique et vieillesse.	1
Colique végétale.	3
Gastro-entérite chronique ch., devenue aiguë.	1
Arachnoïdite.	1
Fièvre pernicieuse d'abord tierce, puis subintrante.	4
Fièvre rémittente bilieuse.	5
Fièvre cholérique algide.	1
	25

Chiffre général des maladies, 1,364.

Ainsi, 25 morts pour 1364 malades; ce chiffre *brut* n'est-il pas déjà remarquable?

Maintenant, si l'on revient sur la nature des circonstances que nous avons plus haut signalées; si l'on considère que notre hôpital n'est pas *essentiellement militaire*; que tout individu étranger au service peut y être admis, sans

en excepter les *indigents* ni les *incurables*; que, dans cet hôpital, ouvert à toute la population libre, les médecins nous envoient trop souvent les malades dont ils désespèrent, *après les avoir traités*; que d'autres nous arrivent, la plupart du temps, de 10, 15 et 20 lieues, c'est-à-dire, ayant plusieurs jours de maladie, pendant lesquels ils se sont eux-mêmes administrés, ou qui, pis est, l'ont été *par la première personne venue*, on aura sans doute peine à concevoir comment nous avons obtenu de pareils résultats.

De ceci je ne déduirai pas une conséquence qui me soit personnelle, mais je m'en servirai pour attirer l'attention sur la léthalité beaucoup moins grande du climat de la Guiane, qu'on ne le pense généralement. Que la France sache donc, et surtout que les médecins ne l'ignorent pas, que Cayenne mérite d'être placé sur la même ligne de salubrité que l'île Bourbon, beaucoup plus éloigné de la métropole, et d'un moindre avenir que celui que la Guiane pourrait se promettre, si la politique n'était trop souvent en France l'œuvre d'imaginations plus brillantes et frivoles que profondes et bien réglées.

Je termine en faisant remarquer que le but auquel je suis parvenu n'a pas été atteint à l'aide de formules banales et généralement usitées, du moins en France; que, surtout, je me suis écarté de cet absolutisme physiologique, auquel je regrette d'avoir trop exclusivement consacré les premières années de ma pratique médicale.

En résumé : une observation attentive de la topographie du pays, un certain penchant pour cet empirisme qui se raisonne et se comprend par les faits, s'il ne se soutient par les arguties de l'école, et, enfin, une prédilec-

tion marquée pour l'éclectisme, m'ont conduit à l'emploi de médications souvent heureuses, et qui, pour n'être pas nouvelles, ne me paraissent pas moins dignes de fixer l'attention.

TABLEAU N° 1. — 2e SEMESTRE 1834.

Arachnoïdite, 1 (mort). Congestion cérébrale, 7. Épilepsie, 1. Ivresse, 3. Ophthalmie, 11. Céphalalgie, 3. Otite, 4. Angine, 9. Bronchite aiguë, 14. Idem chronique, 6. Asthme, 2. Pleurésie, 2. Pneumonie, 3. Hémoptysie, 1. Phthisie pulmonaire, 1. Anévrisme du cœur, 1. Idem de l'aorte ventrale, 1. Palpitation nerveuse, 2. Stomatite, 1. Indigestion, 6. Embarras gastrique, 2. Cardialgie, 1. Gastrite chronique, 6. Gastro-entérite chronique, devenue sur-aiguë, 1 (mort). Gastro-entérite. 23. Fièvre typhoïde, 4. Fièvre quotidienne, 48. Fièvre tierce, 40. Fièvre rémittente, dont plusieurs fort graves, 34 (mort 1). Fièvre rémittente bilieuse au caractère pernicieux, 18 (morts 3). Fièvre cérébrale pernicieuse, 1 (mort). Entéralgie, 2. Colique végétale, 24 (mort 1). Ictère simple 4. Hépatite vraie primitive, 5. Hépatite chronique. 2. Abcès au foie, 1 (mort). Constipation, 2. Diarrhée, 13. Dysenterie aiguë, 33 (mort 1). Dysenterie chronique, 2 (morts 2). Cystite, 3. Rhumatisme fibreux, 2. Scorbut, 2. Pian, 3. Sciatique, 2. Maladies indéterminées, 13. Fracture de la clavicule. 1. Idem du péroné, 1. Fistule à l'anus, 1. Fissure du sphincter anal. 1. Amputation des doigts, 3. Abcès abdominal, 1. Ulcère, 10. Entorse, 2.

Blessures légères, 12. Blennorrhagie, 19. Chancres, 7. Bubons, 2. Rhagades à l'anus, 1.

Total des maladies traitées. . . . 434.
Total des morts. . . . . 12.

TABLEAU N° 2. — 1er SEMESTRE 1835.

Arachnoïdite, 5. Congestion cérébrale, 5. Céphalalgie et migraine, 3. Ivresse 2. Ophthalmie, 14. Otorrhée, 1. Cataracte, 1, Bronchite aiguë, 26. Idem chronique, 15. Pleurésie et pleuro-pneumonie, 5 (mort 1). Angine, 9. Palpitation, 4. Gastralgie, 10. Entéralgie, 6. Colique végétale, 24. Gastrite, 8. Fièvre typhoïde, 4. Fièvre rémittente, souvent grave, 13 (mort 3). Fièvre pernicieuse, 14 (mort 1). Fièvre quotidienne simple, 20. Idem tierce, 43. Fièvre ortiée, 1. Gastro-entérite chronique, 8. Idem, forme *mal d'estomac*, 2. Dysenterie, 38. Cholérine, 18. Indigestion, 13. Hépatite, 3. Ictère, 4. Ascite, 1. Rhumatisme, 9. Goutte et catarrhe chronique, 1 (mort). Asphyxie par immersion, 1 (mort). Blessures légères, 26. Engorgement strumeux, 1. Dartres, 6. Fistule anale, 1. Syphilis, 3. Blennorrhagie, 21. Bubons, 9. Phymosis, 2.

Total des maladies traitées. . . . 406.
Total des morts. . . . . 7.

TABLEAU N° 3. — DU 1er JUILLET AU 30 NOVEMBRE 1835.

Congestion cérébrale, 6. Folie, 2. Arachnoïdite, 4. Céphalite, 3. Ophthalmie, 9. Cataractes, 2. Otites, 2. Stomatites, 2. Angine tonsillaire, 8. Idem pharyngite, 11. Bronchite aiguë, 27. Idem chronique, 11. Congestion

pulmonaire, 3. Pneumonites, 4. Pleurésie, 7. Pleuro-pneumonie, 1. Hémoptysie, 3. palpitations nerveuses, 4. Asthme, 2. Gastrite aiguë, 9. Gastrite chronique. 7. Gastralgie, 8. Indigestion, 16. Entérite, 8, Entéralgie, 8. Gastro-entérite aiguë, 8. Idem chronique, 4. Fièvre exanthématique, 2. Fièvre rémittente bilieuse, 20. Fièvre quotidienne, 46. Fièvre tierce, 46. Fièvre double tierce, 3. Fièvre quarte, 3. Fièvre pernicieuse, 9. Fièvre cholérique algide, 1 (mort). Hépatite, 3. Ictère 2. Engorgement des viscères abdominaux, 1. Ascites, 2. Dysenterie aiguë, 62. Idem chronique, 16. Choléra-morbus, 1 (mort). Colique végétale, 34 (mort 2), Abcès au foie, 1 (mort). Ostéosarcôme du fémur, désarticulation, 1 (mort). Luxation spontanée du fémur, 1. Plaies de tête, 7, Entorses, 3. Blessures légères, 5. Abcès, 7. Hémorrhoïdes, 2. Dartres, 7. Ulcères syphilitiques, 6. Blennorrhagie, 11. Engorgement du testicule, 6. Idem du cordon, 8 rhumatisme, 7. Bubons, 6. Pian, 1. Ivresse, 12. Accouchement, 1.

Total des maladies traitées. . . .	524.
Total des morts.	6.
Total général des maladies traitées pendant une période de 17 mois. .	1364.
Total général des morts pendant le même laps de temps.	25.

HISTOIRE

De l'épidémie dysentérique qui a régné en Bretagne en 1834 et 1835, et spécialement dans l'arrondissement de Châteaubriant;

Par MM. VERGER ET CHAUVIN,

Docteurs en médecine de la Faculté de Paris.

(Cinquième article (1).)

Généalogie de l'épidémie. — Résumé des symptômes pour chacune de ses périodes. — Résumé d'observations et de recherches suivies sur la grande question de la contagion. — Appréciation des différentes méthodes thérapeutiques. — Rapports et différences entre cette maladie et le choléra. — Principales causes occasionnelles de la dysenterie.

L'épidémie de 1834 cédait peu à peu devant l'hiver. L'automne n'avait été qu'un été magnifique... L'hiver ne fut pour ainsi dire qu'un automne sans glace.

(1) Voir le quatrième article dans la *Revue médicale* du mois d'avril dernier (t. II, p. 54). Tous ceux de nos lecteurs qui savent apprécier l'hippocratisme bien compris, c'est-à-dire la seule vraie et bonne médecine, ont regretté comme nous que la suite de l'excellent travail des docteurs Verger et Chauvin se fît si long-temps attendre. Il va sans dire que ce retard n'est pas de notre fait, et nous n'avons pas à nous en justifier. Mais nous devons à la justice, à la vérité, et surtout au bon exemple, de déclarer que ce retard est dû à des causes indépendantes de la volonté des auteurs, et qui ne sauraient leur être reprochées, puisqu'au contraire elles les honorent. Ces es-

avec un peu de neige, seulement, dans la dernière quinzaine de janvier.

Vers la fin de l'hiver, très-peu de pluies contre l'ordinaire.

Et déjà le printemps a repassé semblable à un été anticipé.

Puis, des chaleurs étouffantes et une sécheresse pire encore que l'année précédente.

Aussi, point de lin, point d'herbe, point de foin, et ainsi depuis trois années consécutives.

Non-seulement les ruisseaux, les abreuvoirs et les sources sont taris, mais même nos deux petites rivières : la Chère et le Don.

C'est le long de leurs rives desséchées que la dysenterie établira bientôt son camp. Déjà nous sommes sous la période d'incubation. Personne n'est alité; mais on se plaint partout de nausées, de coliques, de dévoiement ou de constipation, de ce qu'on a appelé la cholérine et de ce que nous avons appelé *dysenterine* dans nos précédents articles.

Le 23 juin, la dysenterie fait irruption à Sion sur la rive droite de la Chère, et de là irradie dans tous les sens, mais surtout le long de la rivière.

Déjà un autre foyer s'est déclaré à trois lieues de là sur

---

timables confrères ne sont pas seulement *hippocratistes* en théorie, ils le sont surtout dans leur pratique, dans leur généreux et infatigable dévouement aux populations malheureuses et souffrantes qui réclament leurs soins. C'est assez dire qu'ils sont acteurs bien plus encore qu'historiens dans l'épidémie de Bretagne, et qu'ils doivent trouver bien difficilement le loisir de rédiger leurs observations.

(*N. du R.*)

la rive droite du Don, au retour de Dubois, si fameux dans tout le pays pour avoir été pris en arrivant chez lui, après avoir fait un voyage à Sion, où il avait assisté à la sépulture d'un dysentérique.

Elle éclate tout autour de Dubois sur les enfants d'abord. Ici encore c'est le long de la rivière, tant en remontant qu'en descendant, qu'elle se répand premièrement.

Cependant, deux lieues plus haut, presque à la source desséchée du Don, un troisième foyer existe; après en avoir recherché la première étincelle, nous avons su qu'elle s'était trouvée entre Moisdon et Meilleray, près d'un ruisseau desséché qui aboutit au Don. Nous avons même appris à ce sujet une particularité remarquable: c'est que ce fut à l'endroit même où la dysenterie de 1834 avait fini, et s'était prolongée jusqu'après l'hiver, qu'elle reparut, dès le mois de mai 1835, sur trois personnes de la même maison qu'elle tourmenta long-temps sans faire de progrès, jusqu'aux chaleurs de juin où elle en tua une le 20 juin, puis irradia seulement alors; comme si, ayant couvé toute l'année, elle eût attendu les chaleurs de l'été pour faire irruption.

Nous le répétons, ces trois foyers étaient au commencement très-distincts, et nous nous souvenons parfaitement d'avoir parcouru alors toutes ces contrées, en notant les vastes solutions de continuité qu'ils laissaient entre eux.

Mais bientôt d'autres foyers intermédiaires éclatent, et sur une circonférence de six à dix lieues de diamètre il n'y a point eu de communes, peu de hameaux qui n'aient été pris tôt ou tard.

L'épidémie, considérée d'une vue générale dans tout l'arrondissement, a mis cinq mois entiers, juillet, août,

septembre, octobre, novembre, à parcourir ses trois périodes : augment, état, déclin, non compris sa période d'incubation.

A n'envisager que chaque foyer, elle a parcouru ses trois périodes en 3 mois, 80 à 100 jours.

Quant à sa durée en chaque hameau ou village, elle était en raison de la population, de 30 à 50 jours.

Les familles et les fermes isolées en avaient pour 20 à 30 jours.

Les individus alités et gravement atteints gardaient le lit pendant deux septenaires, terme moyen; quelques-uns ont été emportés en 3 jours, et c'étaient ceux qui avaient la dysenterie cyanosée et cholériforme; d'autres durèrent 3 et 4 septenaires.

La période de stase, de violence ou de ravage proprement dit, a été de 120 jours dans tout l'arrondissement (du 23 juillet au 20 novembre); pendant ces 120 jours il n'y en a pas eu un seul sans mort.

Le summum de cette période a été le 8 septembre qui compte 30 morts, seulement dans les dix-huit communes de l'arrondissement dont nous ayons pu avoir encore jusqu'ici des renseignements numériques.

Ce serait ici le lieu de donner le tableau des symptômes; mais comme il serait semblable à celui que nous avons publié dans le premier article (janvier 1835), nous nous bornons à en donner seulement un résumé suivi de trois nouvelles observations, une pour chaque période de l'épidémie.

Facies plombé, rarement tout-à-fait cyanosé, non sec et poudreux comme dans le typhus.

Froid humide des extrémités, bien dissemblable

de la peau mordicante, sèche et aride, du typhus.

Langue pâle et humide, non coriace comme dans le typhus (1).

Dans les selles: mélange de caroncules (si graves qu'Hippocrate les appelait *lethales*), de sang, d'albumine semblable au frai de grenouilles, *ranarum semen tremulum*, de grumeaux de bile et de graisse fondue.

Lombrics rendus avec des efforts surprenants, par les vomissements, comme si les malades allaient en étouffer.

Mais qui peindra toutes leurs angoisses : ces lamentations des adultes, ces cris des enfants, cette agitation, ce coucher en double, les mains appuyées sur le ventre, ces quarts-d'heure entiers passés sur le vase, ces coliques, ces douleurs comme pour un enfantement, sans pouvoir rien rendre, puis ces cris pour redemander encore le vase dès qu'on est à peine recouché, et ainsi dix fois de suite jusqu'à ce qu'enfin après une selle ou un vomissement, produits par la nature ou par l'art, *et quin narcoticum daretur turbæ componi et ægri in placidos somnos labi atque inter dormiendum in sudores cœperunt.* (Stoll).

---

(1) Dans les endroits où n'avait pas régné la dysenterie il s'en est trouvé cette année çà et là des cas épars, et en ce moment même (novembre 1836) il nous est donné de vérifier l'exactitude de notre *Histoire de la dysenterie* et le succès toujours merveilleux de l'opium. Comme nous avons aussi en même temps un typhus en traitement, nous avons de nouveau vérifié la différence des symptômes. Zimmermann a établi un long parallèle entre la dysenterie et le typhus; c'est parce que ces deux maladies se ressemblent beaucoup que nous notons avec soin les points de contraste.

Obs. XII. — *Période d'augment.* — Famille Doiné, près les forges de la Hunandière. Cinq personnes de tout âge et de tout sexe; huit jours de maladie lors de la première visite, le 21 juillet. Réaction fébrile, non bien franche, comme au début du typhus; point de symptômes cholériformes, point de froid glacial, point de hoquet;

Selles, partie bilieuses, partie sanguinolentes de dix en dix minutes, coliques atroces.

Urines très-diminuées, mais non supprimées.

Traitement : acétate de morphine en potion, 1 g par personne à prendre graduellement jusqu'à effet produit.

Soins hygiéniques, boissons émollientes : le vin et le cidre absolument interdits.

Effet produit : soulagement subit et merveilleux. On accourt le lendemain redemander de *la calmante*, puis tous ceux du voisinage qui ont des dysentériques viennent en foule.

Guérison de toute la famille du deuxième au troisième septenaire.

Obs. XIII. — *Période de violence.* — Maillet (fille), 26 ans, au Bois-Glain, commune d'Issé.

29 août : elle se lève encore le premier jour, elle soigne son frère et son père qui sont alités depuis plusieurs jours. Pouls presque insensible, peau froide, mais non glaciale, coliques et ténesmes..., urines totalement supprimées, selles considérablement diminuées.

Traitement : morphine, soins hygiéniques, boissons diaphorétiques, rubéfiants.

Effet produit : nul. Les symptômes vont tous s'aggravant, elle ne peut plus se lever, la morphine ne calme même pas ses douleurs, elle ne fait que l'étourdir, effet

qu'elle n'a point sur ceux dont elle calme les douleurs.

Cinquième jour : suppression de la morphine. Rubéfiants, vésicatoires, boissons excitantes, lavements.

Effet produit : rien. Elle froidit de plus en plus; hoquets et envie de vomir insupportables; urines totalement supprimées depuis trois jours; selles extrêmement diminuées, mais besoin d'aller à la selle toutes les dix minutes sans pouvoir le satisfaire; non-seulement elle ne peut garder les lavements, mais elle ne peut même les recevoir.

Voyant qu'elle va mourir, je la fais descendre devant un feu ardent; en même temps on la frictionne fortement.

Impossible de la réchauffer.

Melius est anceps quàm nullum remedium, me dis-je, et alors : *emeto-cathartique illico.*

Elle vomit sa médecine toute pure avec un ou deux vers.

Sixième jour : mort sans agonie, ou plutôt après une agonie de trois jours.

Obs. XIV. — *Période de déclin.* — Hougron (fils), 3 ans, à la Bresse, commune de St.-Aubin.

18 octobre, sixième jour de la maladie. Il n'est point encore froid quoiqu'on ne sente point son pouls; la peau est terreuse.

Il n'urine point; selles claires et abondantes pour une dysenterie, quoique ce ne soit rien en comparaison de l'abondance des selles dans la diarrhée.

Traitement : potion avec le vin de Malaga et la morphine.

Effet produit : mieux d'abord, mais il retombe.

Huitième jour : je le trouve froid, immobile, ne s'agitant et ne criant plus qu'au retour des coliques et du té-

nesme. Il rend comme de l'eau rousse plutôt que sanguinolente. Je le regarde comme mort ; mais excité par les larmes et les cris de la famille, je le fais couvrir de sinapismes et de vésicatoires : à l'intérieur, lavements de jalap jusqu'à effet purgatif.

Effet produit : il se ranime, les selles deviennent plus consistantes ; les urines coulent : il est sauvé.

Dans ces observations, nous n'avons pu découvrir la généalogie de l'épidémie ; mais nous y avons réussi dans beaucoup d'autres. Nous avons la ferme conviction qu'une grande mission est à ce sujet réservée aux médecins des campagnes, de préférence à ceux des villes. Aussi, dans tous nos voyages, nous avons mis un soin particulier à éclaircir ce point si controversé, et où jusqu'ici on a suivi une marche inverse à celle qu'on suit toujours (ou qu'on devrait toujours suivre), dans les sciences, où l'on part des faits pour arriver aux théories.

Comme ce sont généralement les médecins des villes qui écrivent sur la contagion (comme sur tout le reste en médecine), et que les faits de filiation épidémique sont impossibles à recueillir au milieu du pêle-mêle des villes, ils se sont jetés à perte de vue dans les théories et dans les systèmes.

Or, c'est sur des faits, avant tout, qu'il faut juger la question de la contagion. Voici donc le résultat de nos observations et de nos recherches.

A peu près toutes les personnes que nous avons interrogées nous ont cité des cas plus ou moins frappants de contagion.

Néanmoins, nous avons été surpris du petit nombre de cas de contagion qui sont parvenus à la connaissance des

personnes qui avaient vu des centaines de dysentériques: les médecins et les ecclésiastiques par exemple (1).

Nous-même sommes presque surpris, après tant de recherches, d'avoir un si petit nombre de cas de contagion.

Et cependant il y en a.

Voici quelques-uns des principaux. Nous croyons indispensable de les donner succinctement afin que chacun juge par lui-même.

Et d'abord, le fameux Dubois de la Feuvraye en Issé. Nous ne comprenons pas comment l'anti-contagioniste le plus intrépide expliquerait ce cas.

Dubois quitte le 14 juillet un pays où, dans un rayon de trois lieues, il n'y a point de dysentériques. Il assiste, à trois lieues de chez lui, à la sépulture d'un dysentérique, et tombe pris de la dysenterie en arrivant chez lui. Il résiste; mais dans son voisinage les enfants sont pris, et l'un meurt le 23 juillet, neuf jours après. Dès lors, autour de Dubois et autour de Dubois seul, c'est un incendie qui gagne chaque jour de proche en proche une maison, un hameau, etc.

---

(1) Passé les premiers jours de l'irruption de l'épidémie dans un foyer, il est impossible de remarquer sa filiation, ce qui explique pourquoi on note si peu de cas de contagion: c'est un pêle-mêle qui ressemble un peu à celui des villes. Dans cette circulation au milieu de l'atmosphère mystérieuse et ténébreuse de l'épidémie, chacun prend et donne sans savoir à qui ni comment. Dès que le premier atteint a jeté son cri d'effroi en se nommant et nommant le lieu d'où il arrive ainsi empoisonné, c'est une confusion à ne plus s'y reconnaître.

Donc, nous comprenons comment il y a si peu de cas saillants de contagion; nous comprenons aussi comment on peut épiloguer même sur les plus remarquables.

En 1834, la fille Aulnette infecta tout le bourg de Treffieux, au retour de la sépulture d'un dysentérique à Sion. Ce cas est identique au précédent.

La famille Dauphis, de Treffieux, a une propriété qu'elle exploite en Issé à la Loissaye (trois quarts de lieue), au foyer de l'épidémie. Elle est prise tout entière. Il meurt six personnes sur huit; mais la mère, qui a soigné et enseveli toute sa famille, demeure invulnérable au milieu de toute cette infection.

Rioland, leur voisin, et sa famille sont pris, et portent la dysenterie à la Morlaye (une lieue).

Un des membres de la famille Griquiaud, du bourg de Rougé, l'apporte de Lusanger (trois lieues), la communique à sa famille dont un membre la porte à Soulvache (une lieue).

La famille Martin, du bourg de Rougé, est également infectée par un de ses membres venu de Saint-Aubin (deux lieues).

Nous empruntons aux *Archives de Médecine* le fait suivant, que le docteur Fallot y rapporte dans un mémoire publié sur une épidémie de dysenterie, qui régna en 1831 à l'hôpital militaire de Namur, où elle fut apportée par des militaires dysentériques évacués de l'hôpital de Louvain. Ils communiquèrent la dysenterie à tout l'hôpital, et elle n'atteignit point la ville. L'hôpital perdit beaucoup de monde.

Passons à une autre série de faits contagieux.

La femme Hory de Levinais en Soudam, où ne règne pas la dysenterie, va à Villepot (deux lieues) laver le linge d'une famille dysentérique, disant qu'elle se moque de la dysenterie. Elle revient avec la dysenterie au bout

de huit jours, et ne la communique pas à sa famille.

L'institutrice du bourg de Vay, pays sain, va à une lieue soigner sa sœur ; elle revient avec la dysenterie et ne la communique pas.

Nous avons beaucoup d'autres faits qui prouvent qu'une dysenterie, transportée d'un foyer dans un lieu sain, guérit et ne communique pas la maladie. Nous croyons inutile de prolonger davantage une série de faits de contagion et de non-contagion qui se ressemblent tous.

Cette deuxième épidémie nous a mis à même de vérifier une proposition émise par le docteur Gendron de Vendôme, et que nous donnâmes l'année dernière sous forme de problème, savoir : qu'une première maladie épidémique, dysenterie, typhus, variole, etc., préserve d'une deuxième.

Tous ceux qui dans notre pays avaient eu la dysenterie en 1834 en ont été préservés en 1835, et non-seulement les individus, mais les lieux, maisons, hameaux, communes. Il n'y a eu d'exceptions que pour quelques individus qui ne s'étaient pas bien rétablis, et chez ceux-là une rechute était mortelle.

Et réciproquement, telle commune qui avait été préservée en 1834 a été choisie entre toutes les autres en 1835, et ainsi de tel hameau dans une commune, de telle personne dans un hameau ou dans une famille.

Qu'on nous permette de faire ici catégoriquement notre profession de foi, après tout ce que nous avons dit sur la contagion, tant dans cet article que dans les précédents. Peut-être que deux années consécutives, passées au sein d'une épidémie *des campagnes*, peut-être que les recherches les plus opiniâtres, dirigées dans ce but dès le

commencement, peut-être que les informations et les perquisitions de tous les jours auprès et au loin donnent quelque poids à notre opinion.

Nous croyons à la contagion (peu intense) de la dysenterie.

Nous croyons encore davantage à son infection.

Nous croyons surtout à l'influence épidémique, influence dont le principe, comme celui du choléra, est encore un mystère au XIXe siècle comme au temps d'Hippocrate.

Après cette rapide esquisse historique de l'épidémie *de* 1835, où nous avons suivi, sans les indiquer, nos divisions de l'année dernière, nous reprenons enfin la suite de toute l'histoire de cette double épidémie, dont le *génie*, un en tous points, nous permet de les confondre, principalement dans leur traitement.

§ V. — *Valeur des différentes méthodes thérapeutiques.*

Aucune méthode exclusive ne doit être admise, même dans les épidémies. Malheur aux malades dont le médecin a un lit de Procuste sur lequel il les étend tous sans distinction d'âge, de tempérament, de symptômes, d'époque de la maladie, de période, de génie de l'épidémie, etc.

Que penser donc de ceux qui, sortant des bornes de l'hygiène, prescriraient *à priori*, à toute une population, des sangsues ou de l'opium, et proscriraient à jamais les purgatifs et les excitants?

Evidemment, ce serait imiter le médecin d'une salle de dysentériques qui, de la porte, ferait une prescription générale de sangsues, de purgatifs ou d'opium pour tous

les malades présents, voir même pour tous les malades futurs.

L'hygiène seule convient à tous et toujours.

1° *Soins hygiéniques et diététiques, ou médecine expectante.* — Parmi les moyens curatifs il faut compter, avant tout et par-dessus tout, les soins hygiéniques et diététiques qui se passent souvent des drogues et dont les drogues ne se passent jamais.

Oui nous le croyons, et nous l'avons vu, il nous semble, un peu de nos yeux, la médecine qui eût fait sur toute chose de l'hygiène et de la diététique pendant l'épidémie, et qui eût concentré là-dessus la plus grande partie de son zèle, eût sauvé la vie à bien des hommes, et eût arraché à l'épidémie bien des éléments flagrants de ravage et de propagation. Elle pourrait compter ses succès non pas seulement par les malades qu'elle aurait guéris, mais surtout par ceux qu'elle aurait préservés.

Il y en a pour qui la diète absolue est toute la diététique, tandis qu'elle n'en est que l'A B C. L'école des diététistes dans l'antiquité en avait fait tout un art. La diète (diæta medicatrix), le régime, les boissons adoucissantes, les bains, les épithèmes, les lavements, etc., entre les mains d'Hippocrate, sauvaient autant de malades que les médecins brouillons et jugulateurs en ont soustrait à la nature médicatrice.

Nous avions coutume de régler la diète et le régime *à juvantibus et ledentibus.* Nous aimions beaucoup donner au moins un bain aux gens de la campagne qui ont la peau si sale, quand cela était possible, et qu'il n'était pas à craindre qu'ils se refroidissent après le bain. Nous nous

bornions quelquefois à les faire laver à l'eau tiède et bien essuyer.

Tout cela dans le but d'entretenir ou de rappeler la perspiration.

Voici le résumé des recommandations que nous avions coutume de faire et de répéter sans cesse : nettoyer, sécher, aérer l'appartement....; propreté, linge blanc et sec souvent renouvelé, camisole, séjour absolu au lit..; Pour ceux qui se lèvent : vêtement complet, éviter surtout de mettre les pieds nus sur la terre..., se relever à tour de rôle pour soigner les malades pendant la nuit..., encouragements aux voisins et amis, afin qu'ils ne laissent jamais la même personne passer des semaines entières sans se coucher.

Et vingt autres recommandations spéciales à chaque cas, à chaque maison.

Nos prescriptions de médicaments ne venaient qu'après tout cela.

2° *Opium.* — Dans les épidémies de 1834 et de 1835, l'opium eut l'assentiment de tous les médecins de ce pays. Tous varièrent les autres moyens à l'infini; mais tous tombèrent d'accord sans le savoir sur celui-là. Ce fut le plus puissant et le plus universel; mais il fallait savoir le suspendre à propos, l'alterner avec des évacuants, lui associer selon les cas l'emploi des caléfacteurs, des rubéfiants, des vésicatoires, des sudorifiques, bien rarement et bien sobrement celui des émissions sanguines.

Il procurait constamment, surtout dans la période d'augment et au début de chaque maladie, un bien être si marqué qu'on accourait en redemander.

Mais il fallait employer les opiacés à haute dose, ou

plutôt à petite dose souvent répétée, et augmenter rapidement la dose selon le besoin et les effets produits.

L'acétate de morphine à la dose de trois grains en potion, de manière à en donner un quart de grain toutes les demi-heures jusqu'à effet produit, nous a toujours spécialement réussi.

Collin, de la Chevalerie en Châteaubriant, ne pouvait plus aller à la selle sans éprouver une chute du rectum et des douleurs atroces, malgré le laudanum qu'il prenait à petites doses. Nous lui donnâmes la morphine. Aussitôt, sommeil, sueurs, plus de chute du rectum.

La fille David, des Bignons en Châteaubriant, est prise au milieu de la nuit d'évacuations abondantes par haut et bas, avec froid glacial et défaillance; c'est une dysenterie cholériforme; la morphine la guérit presque subitement.

Nous n'avons pas été peu satisfaits en lisant, dans un des derniers numéros de la *Revue Médicale* (juillet 1836), un mémoire du docteur Gérard, d'Avignon, *sur l'efficacité de l'acétate de morphine dans le choléra-morbus.*

Les doses et les moyens auxiliaires qu'il indique sont aussi ceux qui nous ont le mieux réussi dans la dysenterie.

Le dirons-nous : les épidémies de 1834 et 1835 n'ont pas eu que ce point de commun avec le choléra.

Dans les cas les plus graves et surtout après la période d'augment, l'opium était souvent tout aussi inefficace que les autres moyens. C'était alors le cas de recourir à une méthode combinée.

3° *Evacuants et opium.* — Sydenham avait adopté cette méthode de donner un éméto-cathartique le matin et l'opium le soir, surtout vers le déclin de l'épidémie.

Stoll la suivit aussi, et dans les mêmes circonstances.

Cette méthode devint dans l'épidémie dysentérique de 1816, avec bien de l'avantage, celle d'un médecin célèbre de Rennes, le professeur Bertin. Toutefois, il déclare (leçons orales) qu'en 1816, il se trouva mieux des purgatifs, et en 1834 de l'opium. Ce qui lui fait dire, avec Sydenham, que chaque épidémie a un génie à elle, qui demande dans le traitement un changement petit ou grand.

Nous avons aussi employé cette méthode, et quelquefois avec un succès merveilleux et subit (VIIe observ.)

Vers la fin de l'épidémie et dans les cas graves, un évacuant rendait souvent à l'opium son efficacité. Ces évacuants étaient tantôt un vomitif, tantôt un purgatif, tantôt l'un et l'autre réunis.

4° *Vomitifs.* — On sait qu'Helvetius en France et Zimmerman en Allemagne, avaient donné une telle vogue à l'ipéca, dans la dysenterie, qu'il passa long-temps pour un spécifique, contre l'intention d'Helvétius lui-même.

Nous avons sous les yeux une consultation d'Helvétius, que le gouverneur de la province de Bretagne fit publier lors de l'épidémie dysentérique de 1739. Il y conseille l'ipéca, mais non pas seul; tout au contraire, il fait de son administration une méthode, et veut qu'on lui adjoigne les purgatifs, et chaque soir un opiacé.

Cullen préfère l'émétique à l'ipéca, parce qu'il est en même temps laxatif.

Nous les avons employés indistinctement et sans y remarquer de différence.

Pendant l'épidémie de 1764 et 1765, dans la Suisse

allemande, Zimmerman donnait les vomitifs tout d'abord, puis les purgatifs.

5° *Purgatifs.* — On sait l'histoire de ce régiment suisse, qui fut guéri de la dysenterie, du jour qu'il fut campé dans une vigne.

Il faut lire dans Zimmerman toutes les peines qu'il eut à vaincre le préjugé contre les fruits, même chez quelques médecins, jusqu'à ce qu'il eut guéri merveilleusement un médecin atteint de dysenterie, dont il vainquit la résistance à en manger,

Stoll s'élevait aussi contre ce préjugé, déjà vieux de son temps, de proscrire les fruits, et il disait : *dysenteriam presso uvarum succo sanavi..., dysenteriâ in diarrhœam conversâ salutarem et facilem curatu.*

Oui, la diarrhée juge la dysenterie, comme les crachats la pneumonie. Nous avons prédit à coup sûr la guérison quand nous avons vu apparaître une diarrhée bilieuse, et d'abondantes urines.

Mais il ne faut pas employer les purgatifs à tort et à travers ; dans la première période, il valait mieux s'en tenir aux soins diététiques, et, au besoin, aux légères évacuations sanguines, et dans la dernière période aux évacuations intestinales.

Le plus grand épidémologiste après Hippocrate, Sydenham, va en donner la raison : *epidemici morbi primùm principio magis spirituoso ac subtili videntur inhærere.. quòque magis ad occasum vergunt eò magis in dies crassi atque humorales fiunt.*

En cela, les épidémies sont comme toutes les maladies: il y a éréthisme pendant la période d'augment ou de crudité, et relâchement après la stase ou maturation.

Le professeur Bertin dit avoir été très-frappé de la différence du succès des purgatifs dans l'épidémie de l'année si pluvieuse de 1816 et pendant les sécheresses de 1834. En 1816 ils échouaient bien plus rarement. Tout cela tient à la constitution médicale.

Nous avons usé des purgatifs surtout vers la fin : nous avons quelquefois échoué avec eux (obs. XIII); mais d'autres fois nous avons réussi d'une manière surprenante et subite. (Obs. XIV.)

L'usage sauve, et l'abus tue.

Il y a souvent autant de mal à s'abstenir qu'à abuser.

6° *Caléfacteurs et rubéfiants.* — Sinapismes, frictions ammoniacales, frictions sèches et chaudes, briques, bouteilles d'eau bouillante, sachets de son brûlants, etc., nous mettions tout en œuvre pour ramener le malade du froid glacial de cette période algide de la dysenterie, sinon à une période æstueuse qui n'avait point lieu dans la dysenterie, du moins à une réaction fébrile franche.

7° *Vésicants.* — Lorsque tous les moyens dont nous avons parlé précédemment avaient échoué, ou lorsque nous étions appelés très-tard auprès d'un malade, nous en avons comme ressuscité beaucoup, surtout des enfants, au moyen des vésicatoires volants, successivement placés sur les membres, sur le ventre, dans le dos, répétés et promenés jusqu'au triomphe de la réaction.

Le 27 août nous trouvons chez Faucheux, à Issé, deux enfants qui paraissent expirants : nous leur appliquons de larges vésicatoires et ils se raniment.

Tout à côté, quelques jours après, le petit Chrétien, que nous trouvons comme abandonné sur la paille dans un coin de la maison, toute sa famille étant malade, est

par nous couvert de vésicatoires qui lui font bientôt pousser des cris affreux. Il guérit très-bien.

Tout près de là encore, le petit Desfosses se ranima et se réchauffa du moment où nous le soumîmes aux vésicatoires volants.

Pendant ce temps-là, nous donnions la morphine à l'intérieur.

Nous n'avons presque jamais manqué, non plus, d'employer, contre le hoquet, un vésicatoire à l'épigastre, quoique souvent en vain; car il revenait lors même que nous parvenions à le suspendre.

Nous avons été en tout cela, comme en tout le reste, admirablement secondés par le docteur Bonamy, de Nantes, dont le zèle et le dévouement sont sans bornes dans toutes les épidémies.

8° *Sudorifiques.* Les excitants cutanés dont nous venons de parler, aidés de l'opium et des boissons excitantes et sudorifiques, produisaient quelquefois une crise par les sueurs qui était un signe de salut.

9° *Diurétiques.* Il n'est pas étonnant que nous ayons cherché à provoquer les urines dans une maladie où leur suppression et leur retour étaient le plus sûr indice du danger ou de la guérison. Nous employions ordinairement le nitrate de potasse à haute dose.

Mais tout ce qui avait action sur le principe (inconnu) du mal devenait diurétique; ainsi la morphine le devint souvent.

Ainsi, apparition des sueurs, des urines, des selles bilieuses abondantes : tous signes de salut.

10° *Excitants, toniques, vin.* Nous fûmes conduits à cette médication par l'exemple des anciens et par les

symptômes de prostration. Mais nous n'en fîmes point une méthode générale, surtout au commencement. Nous suivîmes en cela la même marche que pour les purgatifs.

Pendant toute la période d'augment nous nous en tînmes aux boissons adoucissantes, et à aucune période nous n'oubliâmes que le plus sûr moyen de fortifier le malade c'est de détruire la cause de sa faiblesse.

Nous fûmes encouragés à tenter la médication tonique et excitante parce qu'on remarqua partout que les imprudences de régime que faisaient certains malades étaient loin d'avoir le résultat funeste que *leur* avaient prédit les médecins; parce que les ivrognes paraissaient épargnés, ou du moins étaient bien loin d'être plus maltraités que les autres.

Ce fut donc à *juvantibus* et *ledentibus* que nous fûmes conduits là.

La fille de M. Buquet d'Erbray vomissait tout ce qu'elle prenait, même la morphine, à moins qu'on ne lui donnât en même temps du vin d'Espagne ou du vin de Bordeaux.

Nous avons entendu dire à un professeur célèbre que s'il avait le choléra il se ferait donner du vin.

Et nous aussi, si nous avions la dysenterie *épidémique* avec sa prostration froide et cadavéreuse, nous nous ferions donner par cuillerées de vieux vin d'Espagne.

Et si quelque systématique nous objectait que nos intestins sont enflammés et ulcérés, nous demanderions si dans tous les cas une inflammation qui glace tout le corps d'un froid cadavérique doit se traiter comme celle qui le rend brûlant comme le feu.

Et puis, nous en appellerions aux inflammations et aux ulcères qui se guérissent par les toniques et les irritants.

11° *Émissions sanguines.* Nous avons remis jusqu'ici à parler de ce moyen exceptionnel, et dont nous trouvâmes rarement l'indication après la période d'augment.

C'est ici que l'abus était à craindre dans une maladie qui tend si rapidement à la prostration.

Nous avons, au commencement, saigné plusieurs malades, et avec sobriété. Les sangsues nous ont aussi quelquefois réussi. Des malades nous ont dit en avoir éprouvé du soulagement.

12° *Astringents.* « Prenez garde d'enfermer le loup dans la bergerie », disaient les anciens dans leur langage pittoresque.

Nous n'avons guère employé les astringents (acétate de plomb, diascordium, cachou, etc.) que dans la dernière période et dans la dysenterie chronique, alors que les malades inondaient leurs lits de selles séreuses et roussâtres, sans pouvoir se lever.

Le docteur Bonamy et nous, nous avons ainsi guéri le jeune Labbé, d'Issé, qui était dans l'état que nous venons de décrire, et qui resta trois mois sur le lit.

§ VI. — *Explications, ou discussion spéciale des faits tirés tant de notre pratique que de celle des autres médecins.*

Au commencement de chacune des deux épidémies, nous eûmes des cas peu graves (obs. I et XII), de ceux dont Stoll a dit, que tout le traitement consiste dans les soins hygiéniques et diététiques, les boissons théiformes, diaphorétiques, et un peu d'opium. Mais à quoi reconnaissait-on les cas peu graves? Etait-ce à la nature des selles ?

Elles étaient à peu près les mêmes que dans les cas

graves, aussi douloureuses et aussi fréquentes; elles contenaient même quelquefois très-peu de bile, ce qui cependant nous a toujours paru favorable.

Serait-ce à l'absence de la fièvre?

Tout au contraire : nous craignions toujours de rencontrer la peau froide, et nous aimions qu'une légère accélération du pouls et la chaleur modérée de la peau nous annonçassent un travail réactionnaire, éliminatoire, efficace.

Il vaut mieux trouver la peau au-dessus qu'au-dessous de l'état normal.

Qui ne sait pas distinguer entre une dysenterie et une dysenterie n'entend rien en épidémies dysentériques, rien à leur traitement. Écoutons Stoll : ... « Viderem dysenteriarum differentias, non illas accidentales quæ methodum medendi non mutant, sed quæ alium quasi morbum faciunt, aliâ sanandum ratione. »

D'après l'enseignement des épidémologistes les plus célèbres, il y a différentes espèces de dysenterie : *simple*, inflammatoire, bilieuse, putride, maligne, sèche, etc.

Et peut-être cholériforme?

Outre la doctrine de l'affinité des épidémies et des constitutions médicales, et de l'enchaînement des catastases, cette opinion aurait pour elle la simultanéité du règne du choléra et de la dysenterie dans les mêmes lieux, à Ancenis, à Rennes, etc., et surtout en Italie, où la dysenterie s'est souvent jointe au choléra, spécialement dans les campagnes aux environs de Gênes.

Lieutaud dit dans sa médecine pratique qu'il y a des épidémies où la dysenterie diffère peu du choléra, et quelquefois même lui ressemble tout-à-fait.

Après avoir observé à Paris, dans l'automne de 1832,

les cas lents de la période de déclin du choléra, la pensée nous est sans cesse revenue, pendant l'épidémie, que nous avions affaire à une dysenterie cholériforme.

Le succès étonnant, insolite, des opiacés, qui ont été funestes dans plusieurs espèces de dysenterie, nous confirmait encore dans cette opinion.

« Il y a des espèces de dysenterie, dit Zimmerman, où les moyens curatifs qui ont été heureux dans une autre espèce deviennent mortels et *vice versâ.* » (1)

Nous avons pu parfaitement suivre, pendant cette épidémie, les périodes observées par les anciens dans les maladies. (Obs. XII, XIII et XIV.)

Les symptômes de réaction fébrile de la période d'augment différaient, pour les plus aveugles, des symptômes cholériformes de la période d'état, et ceux-ci étaient très-différents des symptômes adynamiques avec les selles putrides de la période de déclin.

Les individus présentèrent aussi en petit, mais d'une manière bien moins régulière et bien plus difficile à saisir, les trois périodes.

La période d'incubation fut marquée dans toute la population, comme dans les cas individuels, par les symptômes connus sous le nom de cholérine. Mais chez les individus, elle fut souvent inappréciable, et l'invasion fut soudaine.

Nous avons aussi essayé à reconnaître les recrudescences : nous n'avons pu en remarquer que dans deux communes, à St-Aubin et à St-Vincent.

---

(1) Quis nescit egregium Zimmermani, de dysenteriâ librum.... practicotaton, opus diurnâ, nocturnâque versandum manu! (Stoll.)

Chez les individus nous n'avons pu en noter de certaine; nous avons seulement trouvé des rechutes chez ceux qui n'étaient pas complètement rétablis.

Quant aux jours critiques que nous avons tant de fois remarqués dans les maladies sporadiques, sur cette nature vigoureuse et vierge des gens de la campagne, nous n'avons pu les préciser dans les deux dernières épidémies.

L'avouerons-nous? c'est peut-être un peu faute d'attention et d'avoir pu noter avec précision le jour du décès ou le jour de la guérison, d'avoir pu réunir des masses d'observations en tableaux, et d'en avoir déduit des moyennes proportionnelles.

La suppression des urines ou leur diminution (*obs.* XIII), coïncidait le plus souvent avec la diminution simultanée des selles et des autres sécrétions, bien loin de suivre un mouvement inverse.

Ainsi, ceux qui quelquefois ont voulu expliquer ce phénomène de la suppression des urines par un mouvement de bascule à cause de la grande abondance des selles, en sont ici pour les frais de leur dynamique.

Plus les cas étaient graves, plus les urines étaient longtemps supprimées, et moins abondantes étaient les selles; comme si toutes les sécrétions eussent été frappées de sidération. Les malades se tenaient alors des quarts-d'heure entiers sur le vase, sans rendre plein une coque d'œuf, quelquefois rien autre chose qu'un ver, et ainsi au long de la journée et des nuits. L'amendement était souvent annoncé par une abondante selle bilieuse qui soulageait, et cela bien des fois après une dose d'opium, comme s'il eût endormi la maladie et lui eût fait lâcher prise.

Et ces vers (obs. VI, XIII, etc.), compagnons, pour

ainsi dire, inséparables de la dysenterie grave, qu'est-ce qui les engendre? qu'indiquent-ils?

Nous n'osons répondre. En tous cas nous répondrions plutôt avec les *Pères* de la médecine, qu'ils indiquent des purgatifs et des toniques (anthelmintiques), que des sangsues. On n'attend pas de nous que nous cherchions à ressusciter *l'acarus dysenteriæ* de Linnée, bien qu'on ait retrouvé son *acarus scabiei*.

Ce n'est pas même sans hésitation que nous avons donné plus haut notre opinion sur une question d'une bien plus grande gravité; sur le *contagium dysentericum*, effluvium dimanans ab uno homine in plures.

La science ancienne et moderne s'est divisée en deux camps. Dans l'un, on crie : contagium neque tactu, neque inspiratione, nec devoratum, nec inoculatum quocumque modo, *eumdem* in aliis valet morbum excitare; dans l'autre, on répond par des faits de contagion et d'infection.

Pour nous, nous dirons avec Zimmerman qu'il y a malentendu, que la dysenterie est quelquefois contagieuse, et quelquefois ne l'est point.

Et puis les faits sont là ; or, rien n'est importun comme un fait :

La dysenterie suit le sang, disait quelquefois le peuple dans son style proverbial si énergique.

Et oui, la dysenterie suivait le sang; l'instinct populaire l'avait bien vu. La dysenterie suit le sang, parce que c'est en effet bien souvent par les familles qu'elle se transmettait de village en village; c'était au moyen des rapports que les liens de famille rendent toujours plus fréquents et plus intimes.

La dysenterie suit le sang : sur tous les points, les faits sans cesse répétés ont démontré cette généalogie épidémique, et les explications théoriques se présentent d'elles-mêmes en foule pour le confirmer.

Ne pourrions-nous pas même au besoin expliquer ce fait par la similarité d'organisation?

Et disons-le à ce propos : on a nié les maladies héréditaires, on aurait dû nier aussi la ressemblance héréditaire des visages. Est-ce parce qu'ils ne voient que le visage, que quelques-uns n'ont reconnu d'hérédité qu'en cette partie de l'organisation humaine.

« On hérite, disait Baillou, des maux de ses parents comme on hérite de leurs biens. »

Mais de même qu'il y a des maladies qui se transmettent plus facilement par hérédité, de même, aussi, il y en a qui sévissent plus spécialement par maisonnées.

Dans l'épidémie des fièvres intermittentes de cette année (1836), nous avons été frappé de voir qu'elle n'avait pas comme la dysenterie, la propriété de sévir par maisonnées. N'est-ce point parce que la dysenterie est contagieuse et que la fièvre intermittente ne l'est point, que l'une est une épidémie, l'autre seulement une catastase, une simple constitution médicale, bien qu'on l'appelle aussi épidémie? L'une existe par foyers, l'autre est diffuse. L'une décime le pays où elle passe, l'autre ne compte quelquefois pas un mort sur plusieurs centaines de malades, sur une superficie de plusieurs communes, pendant un règne de plusieurs mois; et cependant, comme l'autre, elle règne presque exclusivement dans toute une contrée; et cette année elle a atteint en bien des endroits, à Bain par

exemple, autant de monde que la dysenterie, plus de la moitié de la commune.

Elles ont l'une et l'autre cela de commun, qu'elles règnent seules et sans rivale, et absorbent en elles toute la puissance pathogénique. On ne voit presque point d'autres maladies qu'elles dans tout le pays; et quand par bonheur, comme l'épidémie de fièvre intermittente de cette année, elles ne tuent personne, on a l'année la plus salubre qui ait passé depuis bien long-temps.

En 1760 et 1761, Rœderer et Wagler, à Gottingue, avaient aussi fait cette remarque de la succession (cognatio) des fièvres intermittentes bénignes à la dysenterie épidémique.

Nous avons fait dès le commencement la remarque, que l'épidémie dysentérique de 1835 a éclaté sur deux vallons et sur deux rivières desséchées; mais nous nous garderons bien de dire pour cela que c'est un miasme, un air corrompu, ou que la cause en est dans les eaux, dans quoi que ce soit en particulier. Car, pourquoi tel canton, telle commune, tel hameau, absolument dans les mêmes circonstances topographiques, hygrométriques et hygiéniques que tel autre, n'a-t-il pas été atteint comme lui?

Avouons-le sans honte : nous ne connaissons pas plus la cause de la dysenterie que celle du choléra, qui, depuis cinq ans, s'est posé comme un mystère en face de toutes les lumières médicales de l'Europe.

Comme l'a dit le professeur Chomel (leçons orales), ce n'est pas à la recherche des causes si justement appelées *occultes*, parce qu'elles sont hors de la sphère d'activité de l'intelligence humaine, que la médecine doit

consacrer ses veilles, mais à celle des causes occasionnelles.

Énumérons quelques-unes des principales : les passions déréglées, la peur surtout et ce que nous appellerions volontiers, la *dysentéro-phobie*, les excès de tous genres, la saleté des maisons de nos pauvres campagnes, les travaux immodérés des moissonneurs, les veilles des garde-malades, quand ce sont toujours les mêmes, comme cela a constamment lieu dans nos campagnes, où les membres d'une famille se traitent exclusivement les uns les autres, tant qu'il en reste un seul debout dans la maison ; le refroidissement du soir après les travaux et les sueurs de la journée; en un mot, tout passage subit du chaud au froid dont Van-Swieten a dit qu'il avait plus tué d'hommes que la peste.

Au reste, touchant les causes de la dysenterie, l'histoire nous offre un trait frappant.

Le 27 juin 1743, l'armée anglaise, victorieuse et maîtresse du champ de bataille de Deltingue, eut le cruel privilége d'y coucher toute en sueur, sans abri, par une pluie battante, sur une terre nue et humide. Le lendemain, elle coucha encore sur la terre nue; la dysenterie s'y déclara aussitôt : au bout de huit jours, il y avait plus de 500 dysentériques, et au bout de quinze jours près de la moitié de l'armée.

Et ce qui empêche de se méprendre sur cette cause, c'est qu'un régiment qui avait vécu jusque-là avec le reste de l'armée, mais qui se trouva ces nuits-là dans de bons campements, ne fut point atteint. Par ordre de ses médecins, qui heureusement pour lui croyaient à la contagion, il fut tenu à part pendant toute la maladie, et n'en fut

point atteint, tandis que l'hôpital et la ville de Thanau, où furent transportés les dysentériques, furent victimes de la contagion de l'armée anglaise.

(*La suite et la fin au prochain cahier.*)

OPÉRATION DE LITHOTRITIE,

Par M. Gustave VIGNOLO,

Ex-chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille (1).

Grosse pierre d'acide urique et de phosphate de chaux et de magnésie.—Broiement en 13 séances, avec l'instrument de M. Heurteloup modifié (2).—Guérison complète sans accidents consécutifs.

Le nommé P. Rora, âgé de 47 ans, d'une constitution robuste, natif de Boiscommun (Loiret), où il exerce la

---

(1) En publiant cette observation, je me fais un devoir et un véritable plaisir de témoigner ma reconnaissance à MM. Cayol, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Labat, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte et professeur particulier de lithotritie, qui ont bien voulu m'honorer de leur présence et m'assister de leurs conseils pendant toute la durée de l'opération. C'est aux savantes leçons de M. le professeur Labat que je dois tout ce que j'ai pu acquérir de connaissances sur cette branche de la chirurgie. Je me plais à lui faire hommage d'un premier succès, que je considère comme son ouvrage.

(2) L'instrument primitif de M. Heurteloup, qui malgré son fort volume n'offrait pas une garantie suffisante de solidité, a été heureusement modifié et surtout simplifié par MM. Costello, Leroy-d'Étioles, Amussat et Labat.

profession de taillandier, éprouva, à l'âge de trente ans environ, des douleurs sourdes dans la région des reins et dans la vessie, accompagnées parfois d'hématuries. Ces symptômes, qu'il ne put attribuer à aucune cause particulière, disparurent, au bout de quelques semaines, sous l'influence d'un régime adoucissant, des boissons délayantes et des bains. Depuis ce temps jusqu'en 1833, il n'éprouva qu'à de longs intervalles de légères douleurs dans la vessie et dans l'urètre, dont il ne tint aucun compte. En 1833, réapparition de douleurs lombaires, hypogastriques et périnéales: ces douleurs, de plus en plus continues, furent bientôt accompagnées de nouvelles hématuries qui se renouvelèrent plusieurs fois jusqu'au mois d'août dernier. C'est alors que le malade vint *consulter* M. le professeur Cayol.

Un simple traitement anti-phlogistique général et local avait été suivi depuis deux ans : les bains généraux et locaux, et l'usage presque habituel des boissons délayantes et diurétiques, n'avaient pas empêché l'augmentation progressive des douleurs.

Cependant, comme le malade n'avait jamais rendu de graviers ni même de sable dans ses urines, on n'avait pas soupçonné la présence d'une pierre dans sa vessie, et il n'avait jamais été sondé. D'un autre côté, ce malade était du nombre de ceux qui ne savent pas se plaindre. Il fallut le presser de questions bien précises pour apprendre de lui qu'il souffrait depuis long-temps, qu'il avait de fréquents besoins d'uriner ; que, bien loin d'être soulagé après l'émission des urines, il éprouvait souvent des douleurs plus vives, notamment à l'extrémité de la verge ; qu'il ne pouvait aller, ni à cheval, ni en voiture, et

qu'enfin, ayant fait jusqu'à ce moment d'incroyables efforts sur lui-même pour résister à ses souffrances et continuer ses pénibles travaux, il avait été quelquefois vaincu par la douleur, à tel point que son marteau de forge tombait de ses mains, et qu'il tombait lui-même, accablé sous le poids de ses douleurs qu'il dévorait en silence. D'après tous ces signes diagnostiques, qui laissaient peu de doute sur la cause matérielle des souffrances, M. le professeur Cayol introduisit dans la vessie une sonde d'argent de volume ordinaire, et constata aussitôt la présence d'une pierre volumineuse et dure qui rendait un son clair et métallique par le choc de l'instrument. Il détermina dès-lors le malade à prendre un logement à Paris, et me confia le soin de l'opérer par la lithotritie.

Je commençai par sonder, à mon tour, le malade, et je reconnus aussitôt le calcul, qui me parut unique, d'un assez fort volume et d'une dureté considérable, autant qu'on en pouvait juger par le son clair qu'il rendait à la percussion. Je trouvai la vessie large, spacieuse, et surtout d'une tolérance peu commune, le malade n'ayant pas proféré la moindre plainte, ni donné le moindre signe de souffrance pendant toute la durée de l'exploration; le canal de l'urètre, large aussi et très-dilatable, permettait sans difficulté l'introduction d'une algalie du plus fort calibre. D'après toutes ces circonstances favorables, l'opération fut décidée, et la première séance fixée au vendredi 16 septembre.

Première séance. — (16 septembre.) Le malade est assis sur le bord droit de son lit, les pieds sur deux chaises, et le tronc renversé; une injection est poussée dans la vessie; l'instrument lithotriteur est introduit avec la plus

grande facilité. Le calcul, logé dans le bas-fond de la vessie, se laisse saisir avec assez de difficultés, à cause de sa position et de son volume; mais, saisi trois fois par de petits diamètres de 7, 10 et 11 lignes, il est broyé ou plutôt écorné, à chaque fois, au moyen du *compresseur en gouttière* de M. Leroy-d'Étioles.

Immédiatement après cette séance, comme après toutes celles qui vont suivre, le malade est plongé dans un bain, pendant lequel il rend quelques débris de pierre.

Les deux jours suivants, 17 et 18, vers le soir, accès de fièvre avec frisson et chaleur, qui dure quelques heures et se termine par la moiteur comme un accès de fièvre intermittente. Le malade continue à rendre de petits graviers; les urines, légèrement sédimenteuses le jour et le lendemain de l'opération, redeviennent ensuite limpides et citrines. (Tisane de chiendent et de graine de lin.)

Deuxième séance. — (22 septembre.) Après quelques tâtonnements pour la préhension du calcul, on parvient à le saisir par un grand diamètre (18 lignes); il offre alors beaucoup de résistance à l'écrasement par la gouttière; mais enfin, il cède et se brise en éclats qui frappent avec force et dans tous les sens les parois de la vessie. Les assistants entendent le bruit de ce brisement, et le malade en a la sensation très-distincte et très-vive.

Après l'opération ses urines sont sanguinolentes; mais elles reprennent le lendemain leur aspect ordinaire. Deux nouveaux paroxysmes fébriles se manifestent encore; le malade ne rend presque pas de fragments.

Troisième séance. — (26 septembre.) La difficulté de la préhension du calcul me paraissant due à la position du malade, je le fais coucher cette fois sur un lit de san-

gle, le bassin plus relevé que la poitrine et les cuisses fléchies; six fragments de 3 à 9 lignes sont saisis et broyés avec facilité. Les jours suivants, expulsion d'un grand nombre de débris, sans aucune apparition de symptômes fébriles.

Quatrième séance (30 septembre). Broiement de neuf fragments de 2 à 13 lignes, absence de sensibilité douloureuse de la part du malade.

Cinquième séance (4 octobre). Une douzaine de fragments se présentent comme d'eux-mêmes à l'instrument; ils sont saisis et broyés successivement avec la plus grande facilité; quelques-uns avec le simple effort de la main, la plupart avec la gouttière de M. Leroy-d'Étioles. Les diamètres des calculs saisis varient entre 2 et 11 lignes. J'ai employé une seule fois la percussion avec le marteau; mais les secousses douloureuses qu'elle a occasionnées m'ont obligé à y renoncer.

Expulsion, depuis la séance précédente, de nombreux et volumineux graviers : quelques-uns ont 4 et 5 lignes dans leur plus grand diamètre.

Sixième séance (7 octobre). Écrasement de six fragments de 3 à 10 lignes de diamètre. Cette séance, quoique très-courte, a été supportée avec beaucoup de peine par le malade, et a excité de vives douleurs dans la vessie. Le malade craignant un retard dans l'opération, avait laissé ignorer qu'il éprouvait depuis la veille, à la suite d'une marche beaucoup trop prolongée, un sentiment de chaleur et de douleurs vagues, accompagné de trouble et de mucosités dans les urines.

Septième séance (10 octobre). Depuis la dernière séance les urines n'ont pas cessé de présenter des mucosités assez

abondantes. A chaque émission le col a éprouvé un sentiment de constriction et de chaleur considérable qui s'est prolongé pendant quelques minutes. (Deux bains de siége tous les jours.) L'introduction du lithotriteur a offert dans cette séance une grande difficulté vers le col de la vessie, qui ne s'est laissé franchir qu'avec beaucoup de ménagements. Broiement de douze fragments de 4 à 12 lignes.

Les jours suivants, persistance de l'irritation du col de la vessie, accompagnée de chaleur dans toute la longueur du canal; sécrétions muqueuses abondantes se coagulant par le refroidissement des urines. Cette disposition des organes, qui n'a permis l'issue d'aucun fragment de pierre, a continué pendant plusieurs jours; mais la disparition des douleurs vésicales, le jet naturel de l'urine, et surtout l'expulsion de nombreux fragments, ont annoncé la disparition complète des symptômes d'irritation. Quelques graviers du volume d'une petite fève, arrêtés dans le trajet de l'urètre, n'ont pu être expulsés qu'avec le secours de la curette à charnière de M. Leroy-d'Étioles.

Huitième séance (18 octobre). Cette séance a été séparée de la dernière par un plus long intervalle, à cause des symptômes d'irritation qui se sont manifestés précédemment dans la vessie. Le col de cet organe permet aujourd'hui, sans peine, l'introduction du lithotriteur; il laisse sentir néanmoins encore un peu de contraction. Cette circonstance, qui m'oblige d'abréger la durée de la séance, n'a permis de broyer qu'un petit nombre de fragments. Ils ont été presque tous écrasés par la simple pression de la main.

Neuvième séance (21 octobre). Le malade n'a ressenti

aucune souffrance de la dernière opération, Il a rendu beaucoup de graviers; ses urines sont belles et limpides. Broiement de quinze fragments de 3 à 8 lignes.

Dixième séance (24 octobre). La vessie accuse un peu de sensibilité sous la présence de l'instrument; écrasement de dix-sept fragments de 3 à 9 lignes, que le lithotriteur saisit chaque fois sans aucunes recherches.

Depuis la séance du 21, le malade n'a pas cessé de recueillir dans ses urines beaucoup de graviers qu'il sentait à peine passer; quelques-uns, plus volumineux, se sont arrêtés dans le canal, et le malade les a extraits lui-même avec la curette dont il m'avait vu faire usage, et que j'avais par hasard laissée chez lui.

Onzième séance (28 octobre). Écrasement de dix-neuf fragments de 2 à 7 lignes, sans aucune manifestation de douleur de la part du malade.

Douzième séance (7 novembre). L'opération touchant à sa fin, et le volume des fragments rendus laissant espérer qu'un grand nombre de ceux qui étaient encore renfermés dans la vessie pourraient être expulsés sans être triturés davantage, un intervalle de dix jours a séparé cette séance de la précédente; le malade, en effet, avait rendu des débris de pierre, même très-forts, pendant huit jours consécutifs.

Treizième et dernière séance (10 novembre). Cette dernière séance a été consacrée à l'écrasement des fragments de calcul qui ont pu échapper aux dernières recherches; un seul a offert le diamètre de six lignes, quatre autres celui de 3 à 4 lignes. Tous ont été broyés, et leur écrasement a achevé de détruire ce que la plus minutieuse exploration a pu découvrir.

Le cathétérisme opéré plusieurs fois et à diverses reprises, après cette dernière séance, avec des sondes de différentes courbures, et en faisant prendre au malade diverses positions, n'a plus fait découvrir aucun fragment de calcul. P. Rora, pressé de se rendre chez lui où ses affaires réclamaient impérieusement sa présence, est parti le second jour après la dernière opération, malgré toutes les instances qu'on a pu lui faire pour le retenir au moins une huitaine.

J'ai su depuis qu'il a fort bien supporté le voyage, quoique le mauvais état des chemins l'ait obligé à faire deux lieues à cheval, et une lieue et demie à pied. Arrivé chez lui, il a repris, immédiatement après, les travaux de son état, et n'a plus éprouvé aucune souffrance ni même aucune gêne dans les voies urinaires. Ses urines sont claires et limpides ; il n'a plus rendu de graviers ni de sable, depuis que l'opération est terminée.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a présenté les conditions les plus favorables au succès de la lithotritie. Du côté des voies urinaires, ampleur, dilatabilité et tolérance remarquables du canal de l'urètre et de la vessie : de là, la possibilité d'introduire de prime abord les instruments lithotriteurs, n° 3 et 4, sans avoir recours à aucun moyen préparatoire pour dilater le canal ; de là aussi la possibilité d'abandonner à la nature, après l'écrasement de la pierre, l'expulsion des fragments plus ou moins anguleux, dont les grands diamètres avaient jusqu'à 6 et 7 lignes, ce qui a dû abréger beaucoup l'opération.

Du côté du malade, les plus heureuses dispositions ont secondé l'opérateur. Au lieu de redouter l'opération, et

de demander grâce, comme la plupart des malades, au bout de quelques minutes de séance, celui-ci, homme endurci par des travaux pénibles et par la longue habitude des souffrances, préoccupé d'ailleurs du désir de retourner bientôt dans sa famille, ne trouvait jamais les séances assez longues ni assez rapprochées à son gré.

Du côté de la pierre, les circonstances ne paraissaient pas d'abord aussi favorables à cause de son volume énorme et de la dureté que semblait indiquer le son clair et métallique qu'elle rendait par la percussion. Sa couche corticale était en effet très-dure et très-compacte, mais les couches intérieures l'étaient beaucoup moins; on a souvent pu les écraser par la seule pression de la main. Le plus fort diamètre saisi a été 18 lignes; mais il faut observer que ce diamètre n'a offert cette dimension qu'après que le calcul avait déjà été entamé et amoindri par plusieurs écrasements superficiels dans la première séance. Le poids total des fragmens recueillis après l'opération a été de 7 gros et demi. En tenant compte de tout le détritus pulvérulent qui était délayé dans les urines, et que le malade a négligé de recueillir, malgré nos recommandations de tous les jours, on peut, sans exagération, évaluer le poids total du calcul à 2 onces ou environ. La couche corticale, distincte des autres couches, mais y adhérant fortement, présente une surface rugueuse comme chagrinée et légèrement mamelonnée.

Ce calcul, d'après l'analyse faite par M. Corriol, pharmacien, était composé d'acide urique, d'urate de chaux, et d'un peu de phosphate de chaux et de magnésie.

Aucune des nombreuses objections qui ont été faites à la lithotritie, qui est, sans contredit, l'une des plus belles

conquêtes de la chirurgie moderne, n'a été applicable à ce cas particulier. A part les trois ou quatre accès de fièvre qui se sont manifestés après les premières séances, le malade n'a pas gardé un seul instant le lit ; il a pu tous les jours sortir et faire quelques promenades, tantôt à pied et tantôt en voiture, dans les intervalles des séances. On n'a permis toutefois les promenades en voiture que dans les derniers temps, lorsqu'il ne restait plus que de légers fragments dans la vessie. Les accès de fièvre ont affecté le type intermittent, comme on le remarque dans la plupart des affections aiguës de l'appareil urinaire.

Une autre remarque bien constatée, c'est, qu'à dater du moment où le calcul a été brisé dans la vessie, les hématuries ne se sont plus renouvelées, et les douleurs vésicales, jusque-là si violentes, sont devenues presque nulles ; le malade a pu marcher et exécuter des mouvements qui lui étaient auparavant impossibles ou du moins très-douloureux, ce qu'on peut expliquer par la division et la dissémination du corps étranger qui ne pesait plus sur un seul point de la vessie.

Une imprudence capable de compromettre le succès de l'opération n'a pas eu de conséquence grave pour le malade : la veille de la sixième séance, P. Rora était allé à pied de son domicile (*rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel*, *n°* 11), à la barrière du Trône, et était revenu de même, ce qui faisait environ deux lieues et demie de marche ; cependant, malgré la présence de beaucoup de fragments anguleux dans la vessie, aucun accident ne s'est manifesté, si ce n'est une irritation vive mais passagère de cet organe qui a rendu très-douloureuse l'introduction des instrumens lithotriteurs dans la séance suivante ; aussi

cette séance a-t-elle été très-courte. Les urines, à cette occasion, ont été pendant quelques jours troubles et chargées de mucosités. On remarquera que les premières séances ont été courtes, et que je me suis contenté à chaque fois de saisir et briser un petit nombre de fragments. C'est que le succès de la lithotritie dépend presque toujours d'une sage lenteur, surtout dans les commencements de l'opération ; l'empressement le plus vif du malade et ses instances réitérées de continuer une séance dont il souffre peu ne pouvant être mis en balance avec le danger imminent de produire une inflammation dans un organe qui n'est point accoutumé encore à la présence des instruments. On peut dire la même chose pour l'intervalle des séances : c'est principalement en pareille occurrence que l'on doit se rappeler l'adage : *Sat citò si sat benè.*

Quant à la position à donner au malade pendant l'opération, la meilleure m'a paru celle qui est prescrite pour la réduction d'une hernie, et j'attribue même à la position différente que j'avais d'abord fait prendre au malade la difficulté que j'ai éprouvé, dans la première et la seconde séance, à saisir convenablement le calcul. Le bassin a dû être beaucoup plus relevé que la poitrine, à cause du grand cul-de-sac que présentait le bas-fond de la vessie, cette position obligeant les fragments à se ramasser vers la paroi postérieure de cet organe.

Un simple lit de sangle, sans autre apprêt qu'un coussin dur et élevé sous la région pelvienne, a dispensé de recourir aux différents lits mécaniques qui ont été proposés pour cette opération.

Les diverses séances ont eu lieu en présence de

MM. Gayol, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris; Labat, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte, professeur de lithotritie, à Paris; Kestloot, professeur à la Faculté de Gand; Montain, professeur à l'école secondaire de médecine de Lyon; Bayle, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; et de MM. les docteurs Charpentier, Moutard-Martin, Simon de Luys, Ferrand de Missols, Viton, Seux (de Marseille) et Rozier.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par le professeur A. F. Chomel, recueillies et publiées par A. P. Requin, D. M. P., agrégé de la Faculté, médecin du bureau central, etc. (Tome II, *Rhumatisme et Goutte.*)

Lorsque, dans le numéro de juin 1834 de la Revue Médicale, nous rendîmes compte du premier volume des leçons cliniques de M. Chomel, rédigées et publiées sous ses yeux par M. Genest, on nous taxa de malveillance envers le professeur de la Faculté. Nous fûmes d'autant plus péniblement affectés de ce reproche, que le sentiment qui en était l'objet était plus loin de notre pensée.

La franchise et la chaleur de notre critique à l'égard d'idées qui n'étaient pas les nôtres, de doctrines qui,

d'une part, n'étaient pas formulées d'une manière claire, de l'autre, nous paraissaient fausses et erronées, ont pu donner le change sur nos intentions.

Nous nous plaisons à le déclarer ici, nous pouvons bien ne pas penser de tout point comme M. Chomel, sans en avoir moins d'estime pour sa personne, moins de créance en son savoir médical. Nous nous empressons même d'ajouter que dans quelques relations de pratique que nous avons eues avec lui depuis cette époque, nous nous sommes trouvés à même de l'apprécier sous ce double rapport, et qu'en même temps peu de médecins nous ont paru mieux comprendre les convenances et la dignité de la profession.

On nous accusa aussi alors de n'avoir pas rendu justice au travail de M. Genest, et d'avoir pour ainsi dire effacé son nom pour y substituer partout celui de M. Chomel. Nous sommes forcés de convenir que ce reproche nous a paru plus mérité que le premier et nous nous trouvons heureux d'avoir aujourd'hui une occasion de proclamer l'heureuse impression que nous a laissée la rédaction du livre sur la fièvre typhoïde. Il nous a semblé écrit avec modestie, simplicité et conscience, et avec toute la clarté que pouvait comporter l'expression de doctrines encore mal arrêtées dans la tête de leur créateur. Nous y avons surtout remarqué avec plaisir, de l'élève au maître, ce ton de déférence et de respect, sans engouement aveugle ni basse flatterie, tel qu'il convient à un élève que son âge, son savoir et son grade ont placé au même rang social que le professeur dont il rédige les leçons.

En rendant compte du volume sur le rhumatisme, que nous avons sous les yeux, nous ferons tous nos efforts

pour ne mériter aucun des reproches que nous attira l'examen du premier. Il nous serait plus facile ici que dans le Traité de la fièvre typhoïde, de rendre à chacun, professeur et rédacteur, ce qui lui appartient en propre, puisque M. Requin a pris soin, dans son avant-propos, de nous avertir que les idées et opinions particulières de M. Chomel étaient exprimées à la troisième personne, avec la dénomination spéciale du professeur comme sujet de la phrase; que par l'emploi du pronom collectif *nous* il avait désigné ce qui était commun au maître et à l'élève, et qu'il n'avait pas hésité à mettre *je* ou *moi* lorsqu'une opinion, une idée quelconque lui étaient personnelles. La part du *je* ou *moi* est du reste fort minime et de peu d'importance dans le livre, en sorte que presque tout ce qui fera l'objet de notre examen (rédaction à part), est de M. Chomel, ou de *nous*, selon le dire de M. Requin, ce qui est absolument la même chose. A propos de ces distinctions, M. Requin croit devoir blâmer cette locution passée en habitude, et qui consiste dans l'emploi du pronom pluriel *nous* quand il ne s'agit que d'une personne seule; nos auteurs, suivant lui, n'affectionneraient cette forme que *pour grossir ambitieusement aux yeux du lecteur leur importance personnelle.* Nous avions cru jusqu'ici que le mot *nous* avait quelque chose de plus modeste, de moins tranchant et de moins ambitieux que le *je* ou *moi*; il paraît que nous nous étions trompé. Nous attachons, du reste, peu d'importance à ces futilités, et si cette forme, que M. Requin paraît avoir en aversion, se rencontre si souvent sous notre plume, c'est tout-à-fait l'effet d'une habitude sans préméditation que nous le prions de ne pas mal interpréter. Il pourrait peut-être

bien, d'ailleurs, rencontrer par-ci par-là, dans notre article, son *je* affectionné : qu'il n'en tire non plus aucune conséquence particulière, ne le considère que comme une irrégularité de style, comme une faute même; car c'en est une, je crois, de se faire tantôt pluriel, tantôt singulier.

C'est sur l'invitation de M. Chomel que M. Requin a entrepris, à l'imitation de M. Genest, de rédiger les leçons cliniques sur le rhumatisme. Mais, il nous en prévient, il n'est pas le *sténographe* du professeur. Cet art lui est inconnu, et M. Chomel lui-même n'eût pas voulu pour interprète un *pur écho*, un *automate inintelligent*. Il lui fallait, pour un pareil travail, des médecins depuis longtemps nourris de sa parole et capables de reproduire l'esprit plutôt que la lettre de ses leçons.

Avec la grosse d'observations recueillies par MM. Grisolle, Patouillet, et MM. Chomel et Requin eux-mêmes, et mises à la disposition de ce dernier comme matériaux pour l'édification de son œuvre, il eût pu, dit-il, chiffrer aussi de la statistique tant bien que mal. Il ne l'a point fait, et s'attend bien, à ce propos, aux reproches des *iatrostatisticiens*. Pour toute réponse, en ce moment, il se contentera de leur dire que le maître ne l'a point fait dans ses leçons ni dans sa thèse, et ne s'expliquera pas davantage sur le mérite de ce qu'on nomme aujourd'hui statistique médicale, mais *tôt ou tard, je le sens* (s'écrie-t-il transporté d'une sainte indignation), *viendra le jour où je ne résisterai plus à la démangeaison de m'expliquer à cœur ouvert sur ce point, et de m'écrier avec le satirique latin* :

Semper ego auditor tantùm? Nunquàmne reponam
Vexatus toties.....

Nous avouons que nous ne comprenons pas la portée de cette brusque sortie. Nous la comprenons d'autant moins que nous pourrions prendre M. Requin en flagrant délit de statistique aux pages 126, 133, 144, 145 et autres de son livre, et ces fragments de statistique sont extraits de la thèse de M. Chomel, qui, dit-il, n'en a point fait. Il est vrai que les chiffres ne sont pas alignés en tableaux; mais enfin, quand, à propos de l'hérédité du rhumatisme, on dit (page 126) : Sur 72 malades, 36 se trouvaient être issus d'origine rhumatisante, 24 étaient nés de parents sains, 12 ne purent donner aucun renseignement ; à propos de l'âge (p. 133): Sur 73 rhumatisants, 35 avaient été atteints de 15 à 30 ans, 22 de 30 à 40, 7 de 45 à 60, 2 au-dessous de 15 ans, 1 dans sa neuvième année, 1 dans sa dixième ; à propos de l'influence des constitutions (p. 144) : sur 72 individus, 34 avaient une constitution forte, 11 une constitution faible, 27 une constitution de force moyenne; 13 étaient gras, 19 maigres, 40 d'un embonpoint médiocre : sur 61 d'entre eux, 16 avaient une stature élevée, 22 étaient petits, 23 de taille moyenne ; 14 avaient le teint brun, 19 le teint pâle, etc., fait-on de la statistique, oui ou non ?

Les statisticiens purs pourraient peut-être trouver celle-ci incomplète, inexacte, mal appliquée: ce n'est pas nous qui les contredirons. Nous n'aurions pas fait le plus léger reproche à M. Requin ni à M. Chomel de n'en avoir pas mis du tout dans leur livre. Il nous est arrivé trop de fois d'avoir soutenu et démontré que la statistique ne prouvait souvent rien, et prouvait quelquefois le contraire de ce qu'on voulait prouver. La contradiction de la menace de M. Requin avec ce qu'on trouve dans son livre paraîtrait

faire croire que, statisticien d'abord, mais ayant à se plaindre de ceux de son drapeau (*vexatus toties*), il est disposé à se jeter dans le camp ennemi et à combattre ses premiers amis. Ce serait là l'objet d'une des escarmouches de la guerre qu'il semble soutenir, au nom de son maître, contre M. Bouillaud, et dont on peut voir un épisode dans son livre?

Avant d'entrer dans les détails pratiques relatifs à l'histoire du rhumatisme, M. Requin établit quelques considérations générales sur l'étymologie et les diverses dénominations données à cette affection. Sans vouloir définir une chose qui, nous le pensons comme lui, est indéfinissable dans l'état actuel de la science, il donne comme caractères fondamentaux de la maladie : 1° d'avoir son siége primitif dans les organes fibreux; 2° d'offrir une mobilité en vertu de laquelle elle se transporte avec la plus grande facilité, et souvent une promptitude pour ainsi dire instantanée, d'un point du corps sur un autre point plus ou moins éloigné; 3° de présenter une tendance extrême aux récidives et à l'intermittence.

Elle se présente le plus souvent sous les quatre formes morbides suivantes : 1° Elle offre tous les caractères de l'inflammation: rougeur, gonflement, chaleur et douleur. C'est surtout dans le rhumatisme articulaire aigu que ces phénomènes s'observent. 2° Dans d'autres cas le rhumatisme affecte plutôt la forme d'une névrose. Ainsi, sans aucun signe appréciable aux sens du médecin, le malade éprouve dans une partie quelconque une douleur plus ou moins vive, quelquefois une simple sensation de froid, d'où le nom de fraîcheurs donné par quelques malades aux rhumatismes. 3° Chez certains sujets, et à une cer-

taine époque, on observe de véritables lésions organiques, telles que concrétions tophacées, destruction des cartilages, ankyloses, etc. 4° Enfin, assez souvent les articulations sont le siége d'un épanchement liquide, d'une véritable hydropisie.

M. Requin pense que le siége primitif de tout rhumatisme est dans le système fibreux. Il se rangerait volontiers à l'opinion déjà émise par Bichat, que dans le rhumatisme musculaire ce serait la fibre albuginée combinée en plus ou moins forte proportion avec la fibre charnue dans la composition d'à peu près tous les muscles du corps, qui serait atteinte. Dans le rhumatisme articulaire, la synoviale ne serait envahie que consécutivement à la lésion des tissus fibreux qui servent de lien et d'enveloppe aux extrémités osseuses contiguës. Dans ce qu'il appelle le rhumatisme viscéral, ce serait aussi le système fibreux dont on trouve, en effet, les traces dans plusieurs viscères, qui serait affecté. S'il est vrai que la fibre albuginée se rencontre dans quelques viscères, si elle est évidente, par exemple, dans le péricarde et le cœur, dans la membrane extérieure du cerveau, il ne serait pas aussi facile de la démontrer dans le poumon, les intestins. Ce n'est que par une analogie forcée qu'on peut assimiler au système fibreux la tunique celluleuse de l'estomac et des intestins. Les tuniques propres du foie, des reins, de la rate, seraient peut-être moins éloignées de cette organisation, quoiqu'elles présentent encore d'assez notables différences et se rapprochent plus de la texture cellulaire que de celle d'une aponévrose ou d'un tendon. M. Requin, du reste, prend soin de nous avertir que cette idée est de lui, qu'elle est peut-être hasardée, hypothétique, qu'il ne la

regarde pas comme une vérité démontrée. M. Chomel lui-même ne voudrait pas assumer la responsabilité d'une pareille opinion. Nous croyons, nous, que le professeur a tout-à-fait raison contre l'élève, et qu'indépendamment de ce qu'elle est fausse et erronée, cette théorie est complètement inutile, et n'est susceptible d'aucune application pratique. Pourquoi vouloir, en effet, limiter ainsi sans preuve et sans nécessité l'action du rhumatisme à un tissu unique? Sans connaître le principe, la cause première du rhumatisme autrement que par ses effets, vous convenez pourtant qu'il y a là quelque chose de spécial, comme dans le fluide électrique. Eh bien, si vous voyez ce dernier passer d'une tige de cuivre dans une tige de zinc, en conclurez-vous que ce dernier métal contient quelques particules de cuivre, et raisonnerez-vous de la même manière pour toute autre substance conductrice? Pour ne pas chercher nos comparaisons dans une science étrangère à la médecine, la syphilis, les scrofules n'attaquent-ils donc qu'un seul et même tissu? Je sais que les partisans exclusifs de la doctrine de l'irritation vont crier à l'onthologie. Pour eux le rhumatisme est une inflammation comme une autre, même lorsqu'il se montre sans aucun des caractères de l'inflammation; mais ce n'est point à eux que je m'adresse. Dieu merci, la raison et l'observation ont fait justice de ces erreurs passagères, et à part quelques incorrigibles, tous les médecins sont rentrés dans la bonne voie. De ce qu'une maladie peut revêtir la forme inflammatoire il ne s'ensuit pas que l'inflammation soit la maladie elle-même, et le traitement de l'affection locale n'a souvent aucune influence sur la disposition morbide générale qui l'a engendrée. La forme extérieure n'est donc

souvent qu'un élément accessoire du mal, une sorte de vêtement qui le fait reconnaître, et qu'il faut souvent tout-à-fait négliger dans l'application du remède.

Il est vrai de dire pourtant que l'être inconnu dans son essence, auquel on a donné le nom de rhumatisme, paraît porter principalement son action sur l'appareil locomoteur, et tantôt sur les muscles et leurs dépendances, tantôt sur les articulations. Ce n'est guère primitivement, et même dans les rhumatismes récents, que les viscères intérieurs sont pris. Les dénominations de rhumatisme musculaire et articulaire sont déjà *fort* anciennes. Depuis bien long-temps aussi les observateurs avaient remarqué qu'à la suite de la disparition d'un rhumatisme extérieur, ou même chez des gens sujets au rhumatisme, et sans atteinte extérieure nouvelle, certains organes internes devenaient le siége de douleurs et de troubles dans leurs fonctions qu'on devait évidemment rapporter à une cause rhumatismale. MM. Requin et Chomel ont cru devoir faire, de cette série d'affections, une division spéciale de leur ouvrage sous le nom de rhumatisme viscéral. M. Requin a proposé trois mots nouveaux pour désigner ces trois formes de la maladie. Il nommerait *myo-rhumatisme* le rhumatisme musculaire, *arthro-rhumatisme* celui des articulations, enfin *endo-rhumatisme* celui qui attaque les viscères. Ce néologisme, que n'adopte pas M. Chomel, nous paraît complètement inutile. Il est moins blâmable pourtant que la création de certains mots que M. Requin a cru devoir employer, et qui ne sont que des barbarismes, tels que *interimât*, *interimairement*, *obvié*, barbarismes d'autant plus superflus que le mot latin *interim*, et l'expression hybride *par interim*, admis

dans notre langue et consacrés par l'usage, disent absolument la même chose que les dérivés à forme française que M. Requin a voulu leur substituer. Quant au mot *obvié*, il a, dans la bouche de M. Requin, le sens de *convenable, bien appliqué*. Il dit, par exemple, que le choix de l'épithète *articulaire*, appliquée au rhumatisme des articulations, lui paraît bien naturel et bien *obvié*. Ce nouveau mot ne nous paraît à nous ni *obvié*, ni surtout utile.

M. Requin fait suivre ces considérations générales sur les caractères fondamentaux et les formes spéciales du rhumatisme, de quelques recherches sur l'antiquité de cette maladie. Il démontre, contrairement à l'opinion de Sydenham, et par des preuves tirées des écrits d'Hippocrate et d'Arétée, qu'elle était parfaitement connue à ces deux princes de la médecine. Nous ne sommes pas de ceux qui blâment toute recherche d'érudition dans un ouvrage de pratique, comme si la pratique n'avait pas aussi son histoire et ses faits principes. Rien ne nous paraît, au contraire, plus à propos que d'établir d'abord l'état de la science sur le sujet qu'on veut traiter, et de le prendre pour point de départ. C'est pour manquer à ce précepte qu'une foule d'écrivains de nos jours, croyant sans doute que la science ne date que de leur ère, observent et essaient tous seuls, et sont fort étonnés d'arriver, après plusieurs années d'un travail opiniâtre, à un résultat banal et connu depuis des siècles. Cette marche est certainement une des plus grandes entraves au progrès des connaissances humaines. Nous féliciterons donc MM. Requin et Chomel de ne l'avoir pas adoptée.

Après avoir considéré le rhumatisme en général, nos auteurs l'étudient successivement dans ses siéges diffé-

rents, en commençant par le rhumatisme musculaire. Dans ce chapitre est examinée de nouveau la question de la nature inflammatoire de l'affection, à propos de la prétendue terminaison par suppuration dans le tissu même des muscles. Ces messieurs ont discuté avec une juste sévérité les faits principaux qui paraîtraient favorables à l'opinion des partisans de l'inflammation musculaire, et nous ont paru avoir surabondammment prouvé que, dans la plupart, si ce n'est même dans tous, le rhumatisme était étranger à la suppuration, et à l'inflammation qui l'avait produite. Nous irons plus loin qu'eux : nous soutiendrons que l'existence antérieure du rhumatisme, étant bien prouvée dans un muscle, et la suppuration s'établissant dans ce muscle pendant la durée même du rhumatisme, il n'est pas certain d'abord que ce dernier en soit la cause, et qu'en fût-il la cause déterminante, on ne pourrait encore regarder cette suppuration comme un des phénomènes du rhumatisme, comme partie intégrante de la maladie. Cette suppuration peut être une terminaison critique, et se déposer aussi bien dans un muscle malade que dans le tissu cellulaire du voisinage, ou même dans un point plus ou moins éloigné; et, à coup sûr, nous ne conclurions pas de pareils faits que la suppuration est une des terminaisons naturelles du rhumatisme. Nous savons bien que cette explication ne sera pas du goût de M. Chomel, il a professé, dans son volume sur la fièvre typhoïde, des idées en opposition avec la doctrine des crises. Sans adopter aveuglément tout ce qu'ont avancé les anciens à ce sujet, nous sommes loin de croire qu'ils étaient, sous ce rapport, dans une erreur complète. Trop de faits, et des faits trop concluants, nous démontrent tous les jours

la réalité de ces effets de la force médicatrice de la nature.

Nous ne suivrons pas nos auteurs observant le rhumatisme musculaire dans les diverses parties du corps. Chacune des sections du livre contient quelques observations intéressantes dont l'examen nous entraînerait trop loin. La troisième observation offre un exemple de rhumatisme, d'abord musculaire et articulaire, qui porte ensuite son action sur le pharynx, chez une jeune fille de seize ans, n'ayant encore eu qu'une fois le flux menstruel deux mois auparavant, et pendant un jour et demi seulement. *Cependant*, dit M. Requin, *à considérer le développement des glandes mammaires et celui du système pileux des aisselles et des parties génitales, la puberté paraissait confirmée.* Nous n'avons pas vu dans l'observation ce qui avait pu mettre M. Requin à même de faire de pareilles remarques, et nous ne pouvons pas croire que le seul désir de constater l'état de puberté d'une jeune rhumatisante de seize ans ait pu autoriser l'examen des mamelles et surtout des parties génitales, quand ces parties ne présentent rien de morbide à noter, ni à observer.

A propos du rhumatisme des parois abdominales, M. Requin dit que M. Chomel a le premier reconnu et décrit cette espèce. C'est là, ce nous semble, une singulière prétention. Quel est le médecin qui ne sache que le rhumatisme peut occuper tous les points du corps, les parois du ventre aussi bien que celles de la poitrine; de ce qu'on n'a pas décrit et dénommé le même mal dans tous les lieux qu'il peut envahir, en faut-il conclure qu'on ne l'a pas observé? Le nom de pré-abdominal, dont ceux de pleurodynie, de torticolis, lumbago, ont donné l'idée à M. Requin, et sous lequel il a jugé à propos de désigner le rhuma-

tisme des parois du ventre, ne constituera pour lui ni pour son maître un titre à la découverte de la maladie. Si cette espèce n'a pas reçu depuis long-temps une dénomination spéciale, comme la pleurodynie, le lumbago, etc., c'est qu'elle se montre moins fréquemment d'une manière isolée et avec des caractères tranchés. Nos auteurs du reste cherchent à établir un rapprochement entre cette espèce et la pleurodynie. Elle a la même tendance à dégénérer en péritonite que l'autre à se changer en pleurésie. Les nouvelles accouchées y seraient plus sujettes, et cela tiendrait, suivant M. Requin, à la fatigue des muscles abdominaux dans le travail de l'accouchement.

A l'histoire du rhumatisme musculaire, succède celle du rhumatisme des articulations. Nos auteurs ont donné une assez grande étendue à cette partie de leur livre. Il semble que ce soit là le rhumatisme par excellence. C'est aussi sur ce terrain que les partisans de la spécialité du rhumatisme, et ceux qui n'y voient qu'une inflammation se sont livré les plus rudes combats. La forme inflammatoire du rhumatisme articulaire, surtout dans l'état aigu, a pu donner quelque apparence de solidité aux arguments de ces derniers. La querelle, au reste, n'est pas plus nouvelle que les mots *synovite articulaire, arthrite, arthrite spontanée, rhumatisme synovial, fibreux, articulaire,* qui ont servi à désigner la maladie, pas plus nouvelle que les modes de traitement spécial ou antiphlogistique pur, local ou général, qu'on lui a appliqués successivement.

Il y aurait peu d'intérêt pour nos lecteurs à leur présenter une analyse détaillée de tout ce que contient ce chapitre sur l'étiologie et la symptomatologie d'une maladie si souvent observée et si connue dans

ses formes extérieures. Il ne pouvait y avoir rien de bien nouveau à dire à cet égard, et ajouter des observations à d'autres n'augmentait pas beaucoup les richesses de la science. M. Requin a cité, pour les combattre et les réfuter, les aphorismes d'Hippocrate, où il est dit que les enfants impubères ne sont pas podagres, que la même maladie n'atteint la femme qu'après la cessation des règles, que les eunuques en sont exempts. Sans doute, il n'était pas difficile de trouver quelques exemples à opposer à ce qu'avaient de trop exclusif ces sentences du père de la médecine. Mais était-il aussi facile d'établir comme général un fait qui est vrai dans la plupart des cas, surtout si on reconnaît une différence réelle entre la goutte et le rhumatisme, différence qu'Hippocrate admettait, que presque tous les médecins admettent encore, et que MM. Requin et Chomel s'efforcent de repousser. On ne peut nier que la goutte proprement dite ne soit un phénomène excessivement rare, presque inoui chez les enfants, et qu'elle ne soit beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. Quant aux eunuques, nous avons trop peu d'occasion d'en observer chez nous pour que la question soit anssi claire à leur égard. Nous ne pouvons croire pourtant que cet aphorisme soit tout-à-faitsans fondement.

Il est bon que l'on sache que l'idée de confondre le rhumatisme et la goutte est toute nouvelle chez M. Chomel; il ne la professait pas dans sa thèse. Les caractères de cette dernière maladie, de se développer surtout à une certaine époque de la vie, d'envahir, comme par accès, les petites articulations, et principalement celle du gros orteil dans les premières attaques, de montrer plus de tendance que le rhumatisme à disparaître brus-

quement pour se porter sur les organes intérieurs, et principalement sur ceux de la région épigastrique, d'atteindre de préférence les gens riches, adonnés aux plaisirs de l'amour et à la bonne chère, et qui font un usage habituel de vins délicats et de liqueurs, qui mènent une vie molle et oisive, tous ces caractères nous paraissent former un cortége assez imposant de signes distinctifs, si nous mettons en regard les conditions souvent opposées qui président au développement du rhumatisme. Nous ne prétendons pas pourtant nier les analagies frappantes qui rapprochent ces deux maladies sous d'autres rapports et surtout sous celui de la forme morbide. Lorsque M. Chomel publia sa thèse, son observation n'avait pas dépassé l'enceinte des hôpitaux, et la goutte, dit M. Requin, ne s'y rencontre pour ainsi dire pas, parce que les gens du peuple ne s'y font pas admettre pour le gonflement, peu important à leurs yeux, d'une petite articulation. Il avait donc pu en conclure que ce n'est point une maladie de la classe pauvre. Son opinion changea dans la pratique civile.—M. Requin lui-même s'est convaincu, dans l'exercice de ses fonctions de médecin de dispensaire, que la goutte ne se rencontre pas moins souvent chez les indigents que chez les riches. —Nous répondrons à cela qu'il faut ne pas connaître les douleurs souvent atroces d'une attaque de goutte, et l'incapacité souvent absolue de travail dans laquelle elle met le patient, pour croire qu'un malheureux, qui n'attend son existence que d'un travail de tous les jours, ne se présenterait pas à l'hôpital pour réclamer des soins dans une position semblable. M. Chomel a-t-il bien eu dans la pratique civile de nombreux points de contact avec la classe pauvre? Il est au nombre des

heureux du jour, qui n'ont pas beaucoup subi les rudes épreuves des débutants sans titres ni places dans la pratique de la ville. Quant aux observations de M. Requin dans son dispensaire, nous ne pouvons les révoquer en doute, mais nous sommes obligés d'avouer qu'elles sont en contradiction complète avec celles que nous faisons tous les jours depuis près de dix ans dans une des sections les plus peuplées en indigents d'un bureau de bienfaisance de Paris. A peine voyons-nous de loin en loin un exemple de goutte, et encore le rencontrons-nous, la plupart du temps, chez des gens qui avaient appartenu à une classe plus aisée de la société, et chez lesquels les habitudes qui avaient fait naître la goutte avaient peut-être bien contribué aussi à amener la misère. Chez quelques autres, le mal était héréditaire, et les causes ordinaires de son développement avaient existé chez les pères. Si l'on confond le rhumatisme sous toutes les formes avec la goutte, nous convenons tout de suite que nos observations n'ont aucune valeur,

Puisque nous venons de parler de l'hérédité, nous remarquerons que cette question a été traitée aussi dans le livre de MM. Requin et Chomel, à propos du rhumatisme. Nous ne comprenons pas qu'une pareille discussion se trouve soulevée dans tous les ouvrages de médecine et au sujet de toutes les maladies. Quand on voit les formes extérieures, la ressemblance, plus ou moins parfaite, transmises par génération, comment peut-on mettre en doute la possibilité de la transmission d'une disposition quelconque naturelle ou morbide des parents aux enfants par la même voie ? Il n'y a point là matière à controverse, c'est un fait qui existe ou n'existe pas.

Le rhumatisme peut-il être épidémique? Cette question, résolue par l'affirmative, et appuyée sur des faits tirés surtout de la pratique de Stoll et de Mertens, a fourni matière à un des meilleurs chapitres de l'ouvrage que nous examinons.

Enfin, la grande question de la co-existence à peu près constante, suivant M. Bouillaud. de la péricardite et du rhumatisme articulaire aigu trouve aussi sa place dans la clinique de M. Chomel. Comme on le pense bien, cette idée exclusive y est combattue avec force et succès; mais, en même temps, M. Requin y réclame, pour M. Chomel, la priorité de l'observation. Quant à l'endocardite, c'est une création nouvelle qui appartient tout entière à M. Bouillaud, et que personne n'a encore trouvée assez viable pour la lui disputer. Seulement, beaucoup de personnes (et M. Requin et nous, sommes de ce nombre) pensent que le signe le plus capital de cette lésion, le fameux bruit de soufflet, si nuancé par M. Bouillaud, pourrait bien être plus souvent le résultat des nombreuses saignées de la méthode jugulante que le fait de la maladie elle-même.

Dans un traité clinique, le traitement devait tenir une place importante. Aussi, MM. Requin et Chomel ont-ils consacré un chapitre étendu à l'examen des médications principales, opposées au rhumatisme soit aigu, soit chronique. Rien n'y est oublié, depuis les nombreuses saignées de la méthode jugulante, qui, comme le disait Stoll, antérieur à M. Bouillaud, brisent les forces du malade plus vite que la maladie elle-même, jusqu'à la prescription ridicule des quarante-huit verres d'eau chaude de Cadet de Vaux. Sudorifiques, purgatifs, vin stibié, opia-

cés, poudre de Dower, préparation de colchique, arsenic, artimoniaux, opiacés par la méthode endermique, etc., etc. Tout a été essayé et apprécié. La confusion du rhumatisme et de la goutte a peut-être rendu cette appréciation un peu inexacte. Nous trouvons, par exemple, que le colchique, qui jouit de peu de crédit auprès des auteurs des leçons sur le rhumatisme, et qui nous a semblé en effet peu actif dans cette dernière maladie, paraît avoir une efficacité bien réelle et bien évidente dans quelques accès de goutte. Plusieurs fois, nous avons vu quelques prises de vin de colchique, au début d'une attaque, l'arrêter comme par enchantement.

Nous n'étendrons pas davantage cet article, déjà bien long, et nous laisserons le lecteur prendre connaissance, dans l'ouvrage même, de tout ce qui a rapport aux rhumatismes viscéraux, à quelques rhumatismes envahissant des tissus fibreux non articulaires, le périoste, les dents, etc., et de tout ce qui regarde le rhumatisme chronique; nous ne dirons rien non plus de la thèse de M. Chomel, que M. Requin a cru devoir faire réimprimer à la suite des leçons du professeur. Cette thèse ne se trouvait plus dans le commerce de la librairie, elle a été soustraite de la collection des thèses de la Faculté. Il est curieux d'établir un rapprochement entre les deux ouvrages, et de voir combien peu de chose a été ajouté au premier dans le second. Toutes les additions se réduisent presque à quelques divisions différentes de la matière, à la discussion de quelques doctrines plutôt renouvelées que nouvelles, et surtout à une vingtaine de faits particuliers dont quelques-uns ne sont pas sans intérêt, mais qui tous pourtant n'offrent rien de bien neuf. En résumé, si le livre que

nous avons sous les yeux représente l'état de la science à l'égard du rhumatisme, il faut bien avouer que nous ne sommes guère plus avancés que nos prédécesseurs, et qu'avec des matériaux puisés dans les bons auteurs, et bien coordonnés, il serait possible de faire un traité aussi complet et au moins aussi substantiel que celui que nous venons d'examiner. La forme en pourrait même être meilleure, et, sous ce dernier rapport, la thèse de M. Chomel nous paraît évidemment supérieure à la rédaction de ses leçons par M. Requin. CORBY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Journal de la Société de Médecine de Nantes (Novembre 1836.)

Observations d'arachnitis, suivies de réflexions sur l'emploi des frictions mercurielles; par M. BARRE, D. M. — Dans les mois de novembre et de janvier, je fus appelé à donner mes soins à deux enfants en bas âge; l'un avait cinq mois, l'autre une année.

Le premier, petit, chétif, ayant la diarrhée depuis quelques jours, et pour cette indisposition ayant pris des médicaments toniques vermifuges, fut atteint bientôt d'hydrocéphale aiguë.

Quand je le vis, le mal me sembla fort grave. Le visage était pâle, les traits grippés, les muscles de la face agités, par instant, de mouvements convulsifs. Les pupilles étaient

larges et immobiles, le globe de l'œil dirigé vers la paroi supérieure de l'orbite.

A ces mouvements partiels se bornait la contraction convulsive des muscles, les bras et les jambes restaient immobiles. Un coma profond semblait anéantir ce pauvre enfant; par intervalle, seulement, il lançait des cris aigus, le cri encéphalique.

Deux vésicatoires aux jambes et deux onces d'onguent mercuriel en frictions, dans l'espace de 72 heures amenèrent la cessation complète de tous ces symptômes. La convalescence fut longue, la phlegmasie viscérale ne disparut qu'avec lenteur. Mais quant à l'arachnitis, sa résolution s'opéra en moins de quatre jours.

Le second enfant dont il me reste à vous parler, comme le premier était d'une faible constitution: il mangeait beaucoup, était constipé, avait des coliques, le ventre gros et dur, et maigrissait sensiblement.

Le cerveau se prit, et voici comment. L'enfant perdit le sommeil, refusa les aliments, devint maussade, criard; bientôt le pouls s'agita, et la tête devint manifestement douloureuse; trop pesante pour les muscles extenseurs, elle fléchissait sur la poitrine, puis vacillait à droite et à gauche; ces mouvements, d'abord rares, se rapprochèrent au point d'être continuels, c'était une angoisse affreuse manifestée par des cris aigus caractéristiques; les muscles de la face, ceux du globe de l'œil se contractaient convulsivement, et les doigts portés sans cesse dans les narines et la bouche les déchiraient, les ensanglantaient.

Cet état durait depuis 48 heures, lorsque je fus appelé; quatre sangsues à la base du crâne, deux vésicatoires aux jambes, des applications froides sur la tête, des fomentations émollientes sur le ventre, furent conseillés et mis en usage dans les deux jours qui suivirent.

Aucune amélioration; loin de là : insomnie absolue, agitation incessante, mouvements continuels d'extension, de flexion et de rotation de la tête, cris aigus, pouls à 150 pulsations, émaciation, faiblesse extrême.

Le danger était pressant, et à l'égard de ce pauvre enfant qu'un souffle de vie soutenait à peine, je demeurais bien convaincu de l'inutilité de mes efforts et de l'impuissance des ressources médicales.

Sans confiance dans la méthode révulsive, sans confiance dans la méthode antiphlogistique, dont un premier essai avait été infructueux, et sur laquelle d'ailleurs je ne pouvais insister avec un aussi misérable sujet, je ne vis d'autre moyen à employer qu'un agent empirique, agent qui m'avait réussi, et dont plus d'un auteur fait un pompeux éloge! c'était une lueur d'espérance à laquelle je me cramponnai.

Un large vésicatoire fut placé sur la région occipitale, et ordre fut donné à la mère de faire absorber sur cette surface dénudée trois gros d'onguent mercuriel, un demi-gros de quatre heures en quatre heures.

En attendant la vésication à se produire, je prescrivis en outre une friction de un gros, sur le ventre et les membres de trois heures en trois heures.

L'amélioration fut instantanée; après vingt-quatre heures de ce traitement, l'enfant ouvre les yeux, reconnaît sa mère et goûte quelques heures de sommeil.

J'insiste sur les frictions, et le second jour l'enfant reste assis sur son séant soutenant la tête sans trop de douleurs; les mouvements latéraux ne se faisaient que par intervalle et le cri encéphalique avait perdu de son acuité. J'éloigne les frictions le troisième jour; le quatrième, après avoir consommé trois onces et demi d'onguent napolitain, la

tranquillité du malade est parfaite, le sommeil est bon, et l'expression faciale naturelle.

Une quatrième once d'onguent est encore employée dans les deux jours suivants, et la convalescence se manifeste. Cette dernière fut prompte, exempte de cette grande faiblesse qui suit toujours la méthode antiphlogistique débilitante. La guérison fut solide.

Dans ces deux faits, messieurs, l'action médicatrice de l'onguent mercuriel me semble difficile à contester. Les symptômes étaient si graves, le mal si intense et l'amélioration qui suivit la médication mercurielle si immédiate, qu'on ne saurait sans injustice lui refuser le mérite de la guérison.

Chez le premier enfant, la méningite était à sa seconde période; le coma avait succédé aux convulsions, et la douleur n'était exprimée que par des cris éloignés.

Chez le second enfant, l'agitation était extrême, les cris aigus, continuels, l'insomnie absolue, la cavité crânienne était évidemment le siége d'une horrible douleur. L'arachnitis était à sa première période.

Dans l'un, la vie prête à s'éteindre fut merveilleusement ranimée par l'action puissante des frictions mercurielles; dans l'autre, la douleur si vive de la cavité crânienne et la réaction si énergique de tout l'organisme furent calmées comme par enchantement par cette même puissance de l'onguent napolitain.

Quelle est donc cette action! Quel rang lui donner dans la thérapeutique médicale!

Cette action, je n'ose chercher à l'expliquer, c'est témérité que de suivre les médicaments dans leurs rapports intimes avec nos organes.

Mais les effets constants et irrécusables que cette médication produit dans les phlegmasies les plus graves et les

mieux connues, me permettent de considérer l'onguent napolitain comme un antiphlogistique énergique, qu'en bien des circonstances aucun autre ne saurait remplacer.

Cette qualification me semble justifiée par les observations nombreuses d'auteurs recommandables, et si vous me le permettez, je vous rappellerai en quelques mots les applications heureuses que ce mode de traitement a subies depuis vingt-cinq ans.

En 1810, un médecin d'Anvers, M. Vandenzande, eut l'idée d'employer l'onguent mercuriel en frictions sur les cuisses, pour obtenir la résolution d'une ascite consécutive à une péritonite puerpérale. Le succès fut complet, et ce fait l'engagea à associer ce moyen au calomel qu'il employait déjà dans le traitement des péritonites puerpérales, suivant ainsi l'exemple des médecins anglais, qui administrent cette préparation mercurielle dans ces phlegmasies.

Il donnait cinq grains de calomel toutes les trois heures et consommait une once d'onguent mercuriel en frictions par 24 heures.

Laënnec, dans la péritonite chronique, et Chaussier, dans la péritonite puerpérale aiguë, tentèrent également les frictions mercurielles, mais à faibles doses et pratiquées comme le médecin d'Anvers, sur les cuisses.

En 1827, M. Velpeau proclama hautement l'efficacité des frictions mercurielles dans la péritonite puerpérale, donnant pour précepte de les pratiquer sur l'abdomen, de deux en deux heures, à la dose de deux et trois gros. Il administrait, en outre, deux grains de calomel, de deux heures en deux heures, jusqu'à salivation.

En 1829, le même médecin publia un second mémoire contenant les observations de quatorze péritonites aiguës,

traitées et guéries par les frictions mercurielles à haute dose.

Le professeur Delpech fut lui-même enthousiaste de cet énergique médicament, qui calme presque aussitôt son emploi les douleurs des malades, et dispose cette violente phlegmasie à la résolution la plus prompte et la plus complète. Il employa encore ce moyen avec succès dans l'iritis et le rhumatisme aigu.

Je dois vous dire aussi, Messieurs, dans l'intérêt de la vérité, que deux hommes remarquables, les docteurs Lée et Cruveilhier n'ont obtenu aucun résultat avantageux de cette médication, l'un à l'hôpital des femmes en couches de Londres, l'autre à l'hospice de la Maternité de Paris, durant l'épidémie de péritonites en 1832.

Mais alors, Messieurs, l'intensité de la maladie n'était-elle pas au-dessus de tout agent thérapeutique, et pour apprécier celui qu'on expérimentait, n'eût-il pas été convenable de soustraire tout d'abord les femmes malades au foyer d'infection qui avait été la cause première de leur mal, et qui, par sa persistance ne pouvait qu'ajouter à sa gravité; d'ailleurs, remarquez que c'est sur des péritonites épidémiques que la médication mercurielle a failli, c'est-à-dire sur celle des phlegmasies qui pardonne le moins, sur celle qui laisse à peine quelques heures au traitement le plus énergique pour combattre ses effroyables progrès.

Depuis cette époque, les expérimentations se sont multipliées sur tous les points de la France, et les partisans de cette médication sont si nombreux, qu'on ne les compte plus.

On dut penser, Messieurs, par analogie, que cet onguent napolitain, si puissant dans les péritonites puerpérales, pourrait être utile dans les pleurésies et les arachnitis.

MM. Forget et Liégard en France, Odier et Coindet en Suisse, essayèrent ce moyen dans des fièvres cérébrales, dans des hydrocépales aiguës, et triomphèrent avec facilité de ces terribles maladies, et cela après avoir épuisé les ressources de la médication anti-phlogistique débilitante et s'être bien convaincus de son inefficacité.

Ces Messieurs pratiquèrent les frictions sur les cuisses et le ventre, suivant en cela le procédé de Vandenzande, Laënnec et Chaussier pour les péritonites : toutefois M. Forget suppose que l'avis de M. Velpeau devrait prévaloir, et que les succès inespérés de ce médecin, par les frictions sur l'abdomen, dans les péritonites, devraient engager à établir les frictions sur le cuir chevelu dans les phlegmasies de l'arachnoïde. Du reste, il ne cite pas de faits à l'appui de cette idée.

Le lieu à choisir pour faire absorber l'onguent napolitain, certes, n'est point indifférent, et l'opinion de M. Velpeau doit reposer sans doute sur l'idée que la surface étendue de l'abdomen convient mieux à une absorption prompte, ou bien encore sur la supposition d'une action médicatrice directe, à travers les parois abdominales. Aujourd'hui ce procédé est général pour les péritonites.

Pour l'hydrocéphale, il n'a pas encore reçu d'application peut-être, par la raison que le cuir chevelu est peu disposé à absorber le médicament qu'on étend à sa surface.

L'hypothèse d'une action directe sur les tissus malades était cependant suffisante pour tenter ce mode de traitement.

Je l'ai tenté avec succès dans l'observation que je vous ai soumise, seulement j'ai agi avec timidité et me suis borné à des frictions sur une dénudation partielle.

Dans pareille circonstance il faudrait, je pense, mettre

un large vésicatoire sur la calotte du crâne, et couvrir cette surface d'onguent napolitain.

On pourrait encore, sans avoir recours à la vésication, se borner à établir les frictions sur le cuir chevelu; mais ce dernier moyen, beaucoup moins énergique, devrait nécessairement être secondé de frictions sur les membres. Cette action directe, sédative, antiphlogistique, contre-stimulante, comme on voudra l'appeler, ne repose pas sur une spéculation d'esprit, sur un rêve théorique; des faits nombreux, observés par un homme remarquable et soumis à la science en 1832, ne laissent aucun doute sur cette propriété long-temps ignorée de l'onguent mercuriel.

M. Serres d'Alais se demanda si l'onguent napolitain, en frictions pratiquées sur la peau enflammée, ou bien encore sur cet organe, recouvrant du tissu cellulaire également phlogosé, ne serait pas capable de faire avorter ces phlegmasies. L'idée d'expérimenter ce médicament lui vint sur l'assertion positive du docteur Bouscher, d'Uzès, qui considérait les frictions mercurielles comme très-efficaces dans l'inflammation vaccinale.

Le succès dépassa son attente. Des érysipèles aigus de la face et des membres, des tumeurs inflammatoires avec rougeur intense de la peau, une phlébite très-grave, disparurent comme par enchantement sous l'action de ce médicament.

M. Serres fut plus loin : il pratiqua des frictions mercurielles sur diverses tumeurs inflammatoires situées au bras, au jarret, à la cuisse, aux pieds, etc., phlegmasies qui menaçaient d'envahir plusieurs tissus, de déterminer de vastes suppurations; et, à son grand étonnement, il vit aussitôt ces inflammations s'arrêter, puis se résoudre avec une promptitude inespérée.

Un pareil résultat dut faire sensation; beaucoup de mé-

decins s'empressèrent de juger par eux-mêmes cette puissante médication, et les faits aujourd'hui sont si nombreux, qu'il n'est plus permis de les révoquer en doute.

MM. Lefort de Trompeloup, Ferrier et Badin de Limeray, ont obtenu de ce mode de traitement des effets tout aussi remarquables dans un érysipèle phlegmoneux très-grave, et dans des phlegmasies cutanées très-étendues de la cuisse, de la jambe, etc. Ces médecins, après M. Serres, furent les premiers à constater l'efficacité de la médication mercurielle, comme abortive de certaines inflammations.

Le docteur Mabit, de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, témoin de l'action merveilleuse des frictions mercurielles, pensa qu'on pourrait, avec succès, frotter avec l'onguent napolitain les paupières enflammées et tuméfiées des varioleux; il opéra sur une quinzaine de malades. Les parties s'affaissaient, la phlegmasie avortait, et les malades, après quelques frictions, recouvraient l'usage de la vue. M. Mabit put également constater que les pustules en contact avec la pommade mercurielle se flétrissaient presqu'aussitôt, et ne laissaient après elles qu'une très-petite cicatrice.

Ces expériences si pleines d'intérêt furent continuées par M. Serres, membre de l'Institut, à l'hôpital de la Pitié. Il plaça comparativement un emplâtre de *vigo cum mercurio*, et un emplâtre de diachylon sur les avant-bras d'un varioleux ; l'éruption était au deuxième jour; le huitième, les deux emplâtres furent levés, les pustules placées sous le diachylon avaient suivi leur développement ordinaire, celles que recouvrait le mercure avaient avorté et ne présentaient pas trace de suppuration.

Sur un homme de 29 ans, au sixième jour de l'éruption, 'on applique un emplâtre de vigo sur un bras, un emplâtre de diachylon sur l'autre bras, et l'on pratique des

frictions mercurielles sur le cou ; après trois jours, les pustules qui ont été en contact avec le mercure se sont, après avortement, transformées en petits tubercules rougeâtres, blanchissant par la pression ; celles qui se trouvaient en rapport avec le diachylon étaient encore rouges à leur base et pleines de pus.

Sur deux autres malades, des emplâtres de vigo, de litharge et de diachylon furent appliqués. Sous les deux premiers les pustules avortèrent, sous le dernier elles continuèrent à se développer.

Ici l'oxyde de plomb produisit le même effet que l'emplâtre mercuriel, c'est une propriété dont ils parurent jouir au même degré.

M. Sanson préconise les préparations mercurielles, et notamment l'onguent napolitain en frictions dans les phlegmasies des yeux, etc.

M. Bergé, des Basses-Pyrénées, a guéri une ophthalmie avec chymosis par les frictions mercurielles, après avoir inutilement mis en usage les antiphogistiques.

M. Miquel rapporte cinq observations de panaris guéris comme par enchantement par les onctions mercurielles; son étonnement fut tel, en voyant des douleurs si violentes se calmer le plus souvent en quelques heures, qu'il qualifie cette action de miraculeuse. Moi-même, deux fois j'ai eu l'occasion de voir des panaris avorter par ce moyen de traitement.

Dans deux cas de périostoses traumatiques traitées sans succès par les mercuriaux à l'intérieur, Dupuytren a calmé la douleur et guéri la maladie par le seul emploi de frictions locales d'onguent napolitain.

Les douleurs fibreuses, celles qui succèdent à une entorse, l'engorgement séreux des articulations à la suite de distension ou de déchirement des ligaments, dispa-

raissent encore avec facilité sous l'action de ce même moyen.

Enfin, tout dernièrement, le professeur Velpeau a obtenu les plus heureux résultats de l'action résolutive de l'onguent mercuriel dans les tumeurs blanches, la périostose et les gonflements avec tendance à dégénérer des toiles fibro-synoviales. Ce chirurgien enveloppe l'articulation malade d'un vésicatoire, et le panse durant huit jours avec un demi-gros d'onguent mercuriel, matin et soir; on réapplique un vésicatoire, et on renouvelle les frictions, et ainsi de suite durant deux mois et même davantage.

Depuis longues années les préparations mercurielles étaient employées dans le rhumatisme aigu. Dans le XVIIIe siècle, le cinabre sous forme d'emplâtre et le sublimé en bains avaient été prescrits contre cette maladie.

M. Récamier reprit cette médication abandonnée, mais au moyen des frictions et à haute dose; depuis, MM. Fizeau, Bouchet de Lyon, Dufaure, Delpech, Trousseau, Bichat, ont obtenu les plus heureux résultats de ce médicament dans les rhumatismes musculaires et articulaires.

M. Forget, tout récemment, revient avec insistance sur cet agent thérapeutique, pensant que dans le rhumatisme simple, c'est-à-dire dégagé de toute complication, on le trouve promptement efficace.

Enfin, Messieurs, voilà M. Mazade, médecin à Anduse, qui nous rapporte trois observations de fièvres typhoïdes contre lesquelles un traitement rationnel ne put rien obtenir, et que les frictions mercurielles à haute dose *ont* guéries comme par enchantement. Il y a cela de remarquable dans ces trois observations que les symptômes cérébraux étaient fort graves et que c'est contre eux que l'action mercurielle s'est fait sentir.

Ne serait-ce pas là une preuve nouvelle de la puissance

médicatrice de l'onguent mercuriel contre les phlegmasies de l'arachnoïde ?

Après cette longue énumération de phlegmasies aiguës et chroniques qui résistent si souvent aux antiphlogistiques débilitants et qui cèdent avec tant de facilité aux frictions mercurielles, penserez-vous, Messieurs, que c'est sans motif qu'on attribue à l'onguent napolitain une propriété antiphlogistique énergique et qu'on réclame pour lui cette qualification.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET INDIENS.

Influence de la lune dans les climats tropicaux. — Bandages herniaires. — Spasme des muscles du cou. — Anévrysme de l'artère temporale.

I. — *Influence de la lune dans les climats tropicaux.* — Quoique dans nos climats tempérés les influences lunaires sur les maladies ne soient pas observées, ou du moins soient encore douteuses, il n'en est plus de même dans les régions intertropicales, et l'on ne peut sans partialité méconnaître l'action de la lune dans certains faits rapportés par les anciens et surtout dans les affections fébriles. A une époque plus rapprochée de nous, les observations de Ramazzini sur la constitution des années 1692 et 1693 sont remarquables. Les fièvres pétéchiales qui régnaient alors devenaient plus funestes au déclin et aux nouvelles lunes, puis s'adoucissaient aux temps de l'accroissement. Beaucoup de malades périrent au moment d'une éclipse.

C'est principalement parmi les médecins anglais pratiquant dans les pays chauds, qu'on trouve des partisans de l'influence lunaire sur la santé. Déjà Jackson avait trouvé que les fièvres intermittentes, à la Jamaïque, correspondaient dans leurs périodes à tous les mouvements lunaires. Aux Indes-Orientales ces observations ont encore été constatées avec plus de soin par Lind. Outre qu'il admet que la mortalité arrive surtout à la basse-mer, et que les éclipses ont produit des rechutes, il établit que les temps des pleines et des nouvelles lunes sont les plus capables de décider l'invasion des fièvres pernicieuses, ou leur récidive, *si on* n'a pas grand soin de prendre le quinquina. Le docteur Belfour a répété les mêmes expériences, et a de plus constaté qu'aux équinoxes l'action du soleil s'ajoutant à celle de la lune, la mortalité augmente chez les fiévreux. Le docteur Campbell a vu, dans l'hôpital général de Calcutta, un rhumatisant dont l'intensité des douleurs suivait les changements de la lune avec une régularité aussi marquée que les variations diurnes du baromètre. M. Raney affirme que beaucoup de personnes des districts de Guttal et de Jellasore qui souffrent, comme les tisserands, de douleurs et d'enflure aux jambes, voient leur maladie s'aggraver à tous les changements de lune. L'influence de cette planète n'est donc plus douteuse pour l'Inde, tous les médecins de cette vaste contrée l'admettent comme incontestable.

(*The indica journal of med. sc.*)

II. — *Remarques pratiques sur les bandages herniaires.* — On abandonne encore trop souvent à l'ignorance le soin de placer un bandage destiné à contenir une hernie, dès lors comment s'étonner des accidents qui en résultent et de la multitude des méthodes proposées pour guérir cette grave

infirmité. Après avoir long-temps réfléchi sur le mode d'action des bandages, le docteur Kirby pense qu'ils doivent remplir dans chaque cas des indications particulières; pour éprouver un bandage, il ne suffit pas après l'avoir placé que le malade tousse, il faut aussi qu'il marche, coure, monte et descende un escalier, se baisse de différentes manières. Ces inclinaisons du tronc, répétées plusieurs fois, montrent si la pelote ne se dérange pas et si le bandage est bien fait. Quelquefois il est nécessaire qu'il soit doué d'une grande force, et pour empêcher la peau de s'altérer on se sert avec avantage de lotions alcoolisées répétées souvent, d'eau alumineuse, d'eau de chaux seule ou combinée avec le quinquina ou d'une légère dissolution de nitrate d'argent appliquée tous les jours. Quand la pelote est trop glissante ou s'est ramollie par l'effet de la sueur qu'elle absorbe, on la double avec de la peau de chamois, de la vieille mousseline, du calicot ou de la soie.

Le bandage sera porté nuit et jour; sans cette précaution la cure est impossible, et on s'expose à un étranglement plus facile que si la tumeur n'avait pas été contenue. Les exercices corporels seront défendus; on prescrira la diète, les laxatifs et les moyens capables de prévenir la tympanite. Si le sujet est jéune ou maigre, ou bien trop gras, il faut proportionner les dimensions du bandage à celles que le corps peut présenter par la suite. Lorsqu'il y a trop d'embonpoint, la pelote s'enfonce à la longue dans une espèce de châton par suite de la résorption de la graisse que sa présence provoque. Dans ce cas, le ressort doit perdre une partie de sa force primitive. Alors on rend la pelote plus épaisse.

On aurait tort de croire à la longue durée d'un bandage: le meilleur finit à la longue par manquer son but en laissant échapper une petite portion d'intestin; le meil-

leur aussi peut provoquer des accidents qui peuvent en imposer et fausser le diagnostic.

Un homme très-âgé portait une double hernie, l'une scrotale, l'autre ombilicale. A la suite d'un violent accès de toux surviennent des vomissements, des défaillances, des douleurs dans les membres inférieurs, et des crampes. Un médecin est appelé et prescrit divers médicaments. Heureusement arrive le docteur Kirby, qui se borne à ôter le bandage que le malade portait toujours en place, et tous les symptômes cessent à l'instant.

Il est des hernies tellement volumineuses que les appareils les mieux faits ne peuvent les contenir, et cependant, le bandagiste consulté ne manque pas de donner un bandage. En vérité, la rareté des accidents a de quoi surprendre, on n'observe pas même de constipation, et la hernie, au lieu d'être réduite, n'est que comprimée. Mais, en y réfléchissant un peu, on voit que la pelote qui semblait d'abord bien appliquée se déplace par la suite. Elle remonte peu à peu au-dessus de l'anneau franchi par les viscères et devient ainsi inoffensive.

Lorsque la hernie est irréductible, la compression méthodique à l'aide d'une pelote creuse peut être à la longue fort utile. Bien dirigée, elle prévient l'engouement, empêche les dépôts morbides de graisse, favorise l'absorption de la graisse pré existante et permet quelquefois la réduction de la tumeur : une autre observation du docteur Kirby vient à l'appui de cette opinion :

Un homme se présente à lui portant une hernie fémorale, dont le volume extraordinaire égale les deux mains ouvertes et jointes ensemble. Elle descend le long de la cuisse, et est irréductible en partie. Elle ne cause point d'accidents. On applique un bandage à pelote concave, l'intérieur de cette énorme pelote en contenant plusieurs

petites, qu'on fait agir à volonté sur la tumeur au moyen de plusieurs vis de pression. Au bout de trois mois, diminution considérable de la hernie, et l'appareil n'avait plus de prise sur elle.

(*The med. sagesse.*)

III. — *Spasme des muscles du cou.* — Cette affection est remarquable. M. Hutchinson l'attribue à une irritation du nerf accessoire de la 8e paire. La source de cette irritation serait, selon lui, à la base du crâne, ou bien vers la partie supérieure de la moelle, ou enfin dans un organe éloigné, l'estomac. Ce spasme plus ou moins constant se fixe dans les muscles trapèzes et les sterno-cleido-mastoïdiens des deux côtés ou d'un seul. La douleur est vive et revient par paroxisme. Le malade en appréhende tellement le retour, qu'il n'ose se remuer et soutient l'occiput de ses deux mains. Cette contraction musculaire fait incliner la tête en arrière ou latéralement. La souffrance est profonde, et cependant l'appétit se conserve, le pouls est à son rythme normal.

Des 3 observations recueillies par M. Hutchinson, 2 se rapportent à des sujets de faible constitution dont la cause du mal paraît être la paresse des voies digestives. Les symptômes sont ceux que nous avons énumérés plus haut. Le traitement se compose de 2 gros de sous-carbonate de fer en 3 prises et de pilules de coloquinte composées. Des alternatives de mieux et d'accès violents succèdent aux topiques froids sur la tête, aux frictions sur les épaules, avec 3 gouttes d'huile de croton tiglium, à 8 sangsues aux narines, au sous-carbonate de fer qu'on reprend après l'avoir suspendu. Enfin la guérison s'opère. Dire à quel remède elle est due serait un peu difficile, leur nombre et leur mélange n'ont rien de bien méthodique.

Dans le 2e cas, c'est le trapèze gauche qui est contracté comme une corde. Le menton est porté du côté opposé, le cou est raide, la douleur aiguë. Même traitement, et de plus on ajoute les ventouses, le moxa, l'acide hydrocyanique, les bains chauds et froids. De tous ces moyens l'acupuncture a seule notablement soulagé. Mais le médicament héroïque a été le sulfate de quinine. Les accès n'ont plus reparu.

Puisque de si bons effets ont été obtenus, on s'étonne que M. Hutchinson ne l'ait pas employé dans sa 3e observation de spasme musculaire. Le malade a guéri sans le sulfate de quinine, c'est vrai, mais la durée de l'*affection* aurait été singulièrement abrégée.

(*The lancet.*)

IV. — *Anévrysme de l'artère temporale.*— Malgré la récente discussion de l'Académie de médecine, où l'on a établi en fait que la saignée de l'artère temporale ne donne jamais lieu à l'anévrysme, voici un cas où le scarificateur d'une ventouse agissant comme la lancette dans l'artériotomie a produit une tumeur anévrysmale à l'artère : à la consultation du docteur Carswel s'est présentée plusieurs fois Sarah Wilkinson, se plaignant de douleurs rhumatismales. Depuis un mois, des ventouses lui avaient été appliquées sur la tempe gauche. L'artère temporale ayant été divisée par le scarificateur, il s'est formé en peu de jours une petite croûte qui est devenue peu à peu proéminente. Puis elle a augmenté tout-à-coup et a pris la forme d'une tumeur pulsatile à la vue et au toucher. Nulle douleur, seulement légère sensibilité à la pression. Postérieurement à la tumeur, on sent un gros vaisseau dont la compression fait cesser les pulsations.

Une incision ayant mis le vaisseau à découvert, on l'a lié

à l'aide d'un fil passé avec une aiguille. Mais après la ligature les battements de la tumeur persistaient, alors une nouvelle incision ayant divisé tous les vaisseaux transversalement, on les a liés ensuite successivement. Aucune hémorrhagie n'a eu lieu, guérison radicale.

(*The lancet.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Novembre 1836.)

Éthers mucique et citrique. — Appareil anti-méphitique de J. Vasseur. — Pieds-bots. — Structure des dents. — Luxations. — Scie double à feuillets parallèles de Delamotte.

La plupart des sujets qui ont occupé les diverses séances de l'Académie des sciences, pendant le mois de novembre, ont été étrangers aux sciences médicales.

Séances des 7 et 14 novembre. — *Éthers mucique et citrique.* — M. Dumas fait un rapport sur un travail présenté à l'Institut par M. Malagutti sur l'éther mucique. Ce travail, dont nous avons déjà parlé dans notre cahier de septembre, était suivi de réflexions tendant à changer la formule adoptée pour l'acide mucique : cette formule, d'après M. Malagutti, doit être représentée par $C^{12} H^{8} O^{7}$.

Le rapporteur, dans les conclusions favorables de son

rapport dans lequel il comprend un second travail du même auteur sur l'éther citrique, propose à l'Académie l'insertion de ces deux travaux dans le recueil des savants étrangers. (Adopté.)

Appareil antiméphitique de Vasseur. — M. Jules Vasseur annonce à l'Académie un nouvel appareil antiméphitique de son invention, entièrement différent de ceux de M. Paulin, et de M. Deane de Londres, sur lequel il a, d'après l'inventeur, un avantage immense, en ce qu'il n'exige ni pompe ni soufflets de forge, et que le travailleur qui s'en sert n'a besoin, pour le faire fonctionner, du *secours* d'aucun aide. Au moyen de cet appareil, un ouvrier pourra rester un temps illimité dans une atmosphère impropre à la respiration. (Commissaires, MM. Gay-Lussac, Dulong, Magendie, Becquerel et Double.)

— M. Larrey fait un rapport en faveur d'un mémoire de M. Roux de Brignolles, relatif à une opération de cancer du sein maxillaire.

Séances des 21 et 28. — *Pieds-bots.* — M. Bouvier adresse un nouveau cas de guérison d'un pied-bot ancien, par la section du tendon d'Achille. Ce sujet, âgé de 35 ans, marchait depuis 30 ans sur l'extrémité du pied droit, qui offrait la disposition, connue sous le nom de pied-équer. (Commissaires : MM. Larrey, Roux, Breschet.)

Structure des dents de l'homme. — M. Jœger écrit à l'Académie, que M. Arnold, professeur à Zurich, a trouvé dans les dents de l'homme la conformation fibreuse de la partie osseuse que M. Jœger avait déjà signalée dans les dents d'hippopotame et de rhinocéros fossiles, et dans l'émail du mastodonte.

Luxations. — M. Sédillot adresse à l'Académie une note par laquelle il fait savoir qu'il a obtenu de nouveaux suc-

cès de l'emploi du dinamomètre et du mouffle, pour le traitement des luxations réputées irréductibles. (Renvoyé à l'ancienne commission.)

Scie à doubles feuillets parallèles. — M. Delamotte adresse une scie double à feuillets parallèles, de son invention, qu'il croit propre aux amputations des membres ; elle lui paraît offrir les avantages suivants : 1° D'éviter les esquilles ou une rupture d'une portion osseuse. 2° D'ajouter un tiers de vitesse à la section de l'os. 3° D'offrir une coupe droite et régulière sans permettre celle dite en *bec de flûte.* (Renvoyé à MM. Roux, Larrey et Breschet.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Novembre 1836.)

Cowpox de Rambouillet. — Hydrothorax, discussion sur l'empyème. — Nomination de M. Dubois d'Amiens, membre de l'Académie. — Orchite blennorrhagique. — Plaie par un coup de faux à la partie supérieure de la jambe.

Séances des 3, 8, 15, 22 et 29 novembre. — *Cowpox de Rambouillet.* — M. Gérard fait part à l'Académie de la découverte qu'il vient de faire à Rambouillet, sur plusieurs vaches, qui portaient sur les mamelles des pustules semblables à celles du cowpox, et qu'il croit en effet être le produit de cette éruption chez les vaches. M. Gérard a inoculé ce cowpox sur des enfants, des personnes adultes et des animaux, et s'est livré à des recherches comparatives sur les boutons obtenus par cette inoculation et celle de l'ancien vaccin. Il propose à l'Académie de lui présenter un jeune homme de 22 ans qu'il a vacciné avec ce virus.

M. Bousquet refuse de reconnaître le véritable cowpox dans l'éruption dont M. Gérard donne connaissance, attendu que les boutons qui se sont manifestés chez les personnes vaccinées avec ce nouveau virus, n'ont pas offert ans la grandeur et dans les périodes de leur marche de différence avec les boutons qui sont le résultat du vaccin ordinaire.

D'après la proposition de quelques membres, l'Académie décide que M. Gérard communiquera ses recherches et son travail à la commission de vaccine.

Hydrothorax, empyème. — M. Roux donne lecture d'une observation d'hydrothorax du côté droit, suivie de l'opération de l'empyème avec succès sur un malade âgé de 32 ans, dont le mal datait de 15 à 18 mois.

La ponction a été pratiquée avec un trois-quarts, et le liquide graduellement évacué au moyen de la canule restée en place et fermée avec un bouchon qu'on a ôté à volonté; la carie, traversée par les symptômes les plus alarmants d'une pleurésie intense, s'est terminée d'une manière heureuse; le malade a toutefois conservé une petite ouverture fistuleuse avec un léger suintement habituel. Il a repris le cours ordinaire de ses affaires et n'est mort que quatre ans après.

M. Cruveilhier s'élève contre la méthode d'évacuation successive et graduée du thorax comme de l'abdomen, et attribue à la présence de la canule les accidents qui sont survenus dans cette circonstance. L'expérience lui a démontré que cette méthode est constamment nuisible, et que l'évacuation en une seule séance offre plus de chances du succès; l'importance de cette question, débattue à l'Hôtel-Dieu par MM. Dupuytren et Pelletan, lui fait proposer à l'Académie de mettre à l'ordre du jour cette question : *Quelle est la meilleure méthode dans l'empyème thoracique?*

Est-ce la ponction répétée, et l'évacuation successive du liquide, ou bien l'évacuation totale en une seule ponction?

M. Rochoux regarde comme indifférente l'application de l'un ou l'autre procédé, ainsi que l'introduction de l'air dans la poitrine; à son avis, la réussite de l'opération de l'empyème dépend de la promptitude à donner issue au liquide, avant que le poumon se soit affaissé, ou bien de la possibilité à lui rendre son élasticité, quand il a été comprimé par l'épanchement thoracique, et surtout par l'épaississement de la plèvre qui lui forme une barrière insurmontable.

M. Larrey répond à la question posée par M. Cruveilhier, que l'évacuation totale et en une seule fois est sans contredit préférable à la ponction répétée et à l'évacuation successive du liquide; dans l'un et l'autre cas, dit-il, l'introduction de l'air dans la cavité de la plèvre ne peut être empêchée; et, quoique son influence ne soit nullement malfaisante et délétère par elle-même, elle ne laisse pas d'amener des résultats formidables par l'altération du liquide restant, dans les ponctions ou évacuations successives. C'est pour ce motif-là qu'il devient urgent d'opérer en une seule fois.

M. Velpeau ne croit pas facile la soluti[illegible]estion, parce que l'une et l'autre méthode ont des[illegible] appui. L'indication de l'opération basée sur la cau[illegible]épanchement, lui paraît le point essentiel à observer; l'évacuation du liquide ne saurait en effet remédier à l'état tuberculeux du poumon, tandis qu'elle deviendra curative dans un épanchement idiopathique ou caverneux, dans la pleurésie, par exemple; dans ce dernier cas même, M. Velpeau veut qu'on s'assure auparavant de la résistance de l'épanchement par un traitement médical convenable. Cette dernière proposition est appuyée par M. Louis, qui prouve par

un grand nombre de faits que la pleurésie et l'épanchement pleurétique guérissent avec la plus grande facilité sans le secours de l'opération.

M. Bouillaud ne partage pas tout-à-fait l'avis de M. Louis, il est bien loin de regarder la pleurésie comme une maladie toujours légère, et devant toujours se terminer sans accidents, ainsi que le prétend M. Louis, qui, sur 150 malades pleurétiques qu'il a eu à traiter dans son service, n'en a pas perdu un seul. La pleurésie guérit généralement sous l'influence d'un traitement convenable, mais il n'est pas rare de voir la négligence des saignées coup sur coup suivie d'épanchements qui deviennent mortels.

M. Bricheteau cite un fait en faveur de la ponction du thorax, dans un cas qui présentait tous les symptômes d'une diathèse tuberculeuse, et il ne pense pas qu'il faille renoncer à ce moyen, même dans les cas les plus graves.

MM. Dupuy et Barthélemy émettent le résultat de leurs observations sur quelques points de l'histoire de la pleurésie chez les chevaux, et achèvent de détourner la discussion du point principal de la question posée au commencement [illegible] si M. Cruveilhier le fait-il observer, et y ramène [illegible] la même question au sujet des abcès et de to[illegible]chements possibles; il ne s'agit pas de préciser [illegible]nité de l'opération, mais de déterminer de quelle manière il faut évacuer le liquide. Dans l'hydrothorax, la théorie de l'évacuation successive paraît surtout très-séduisante; le poumon en effet est comprimé, affaibli, les parois de la poitrine, en grande partie osseuses, ont nécessairement beaucoup moins d'élasticité; si on évacue le liquide tout-à-coup, l'air en prendra la place avec d'autant plus de facilité que le vide sera plus grand, et l'opinion générale place là tout le danger; Dupuytren recommandait

d'évacuer le liquide jusqu'à la première bulle d'air qui pénétrait dans la poitrine, et voulait qu'on s'arrêtât à ce moment et qu'on fermât la plaie.

M. Cruveilhier cite quelques expériences qu'il a faites sur des animaux vivants, pour déterminer quelle peut-être l'influence de l'air introduit dans la cavité thoracique ; il a ouvert impunément à un chien les deux côtés de la poitrine sans que la mort s'en soit suivie. De ses expériences, et de celles qui avaient été faites avant lui, il conclut que l'introduction de l'air dans la poitrine est peu ou point dangereuse. Ce n'est pas l'air qui a compromis si gravement les jours du malade qui fait le sujet de l'observation de M. Roux, mais la sonde qu'il a laissée à demeure dans la plaie. Ce mode de traitement, ainsi que celui des praticiens qui conseillent de laisser une mèche de charpie ou autre corps étrangers dans la plaie, devient toujours la cause d'accidents sérieux.

MM. Amussat, Piorry et Gimelle ne croient pas à la possibilité de la respiration, et par suite à la continuation de la vie, dans l'ouverture simultanée des deux côtés du thorax; M. Amussat regarde comme probable que, si les choses se sont passées autrement dans les expériences de M. Cruveilhier, c'est qu'il n'avait pas pris toutes les précautions nécessaires pour tenir les ouvertures béantes. Quant à M. Castel, il croit que ce résultat peut être vrai, l'introduction de l'air par les voies naturelles et par les ouvertures artificielles faites à la poitrine, se faisant alors équilibre ; mais il refuse d'admettre qu'on puisse faire une application de l'état sain à l'état malade.

M. Larrey résume enfin la question : zélé défenseur de l'opération de l'empyème, il établit qu'on doit ouvrir largement la poitrine, évacuer en totalité et en une seule fois tout le liquide épanché, car si peu qu'il en reste, le mé-

lange de l'air le corrompt ; et qu'on doit s'abstenir de toute espèce d'injections.

Nous ne dirons rien du procédé opératoire qu'il désigne, il ne diffère pas de celui généralement mis en pratique.

Nomination de M. Dubois, d'Amiens, à l'Académie de médecine. — La séance du 8 novembre est entièrement consacrée au scrutin pour la nomination d'un membre titulaire ; les candidats présentés par ordre alphabétique sont : Messieurs Dubois d'Amiens, Jolly, Leuret, Teallier, Trousseau et Voisin.

M. Dubois d'Amiens, ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé membre titulaire de l'Académie.

Orchite blennorrhagique. — M. Bouvier adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il fait part d'une orchite blennorrhagique, et déduit, contrairement à l'opinion de M. Rochoux, que dans cette maladie le volume de la tumeur est formé à la fois, et par l'épanchement dans la tunique vaginale, et par le gonflement du testicule lui-même. Ayant fait une ponction dans la tumeur, il s'est écoulé une certaine quantité de liquide, le volume a diminué, mais le testicule est resté évidemment tuméfié.

MM. Roux, Cloquet et Rochoux émettent, sur la cause de l'orchite blennorrhagique, leurs opinions bien arrêtées. Dans le plus grand nombre des cas, MM. Rochoux et Cloquet établissent que la tumeur n'est formée que par l'épanchement vaginal, le testicule étant complètement sain ; M. Roux soutient l'opinion contraire, et prétend que, bien que la maladie soit souvent accompagnée d'un épanchement de liquides, elle n'est formée principalement que par le boursouflement testiculaire.

Plaie par un coup de faux à la partie supérieure de la jambe. — MM. Amussat et Larrey font un rapport sur une observation de M. Thomas, au sujet d'une plaie énorme, résul-

tant d'un coup de faux reçu à la partie supérieure externe de la jambe, au-dessous de la tête du péroné. Le blessé tomba sur-le-champ, et là, sans secours, il perdit une énorme quantité de sang, qui finit par s'arrêter de lui-même après plusieurs lipothymies. M. Thomas arriva plusieurs heures après l'accident, et trouva le malade presque sans vie; la couleur violacée du membre, dans lequel la chaleur était éteinte, ainsi que l'apparition d'un certain nombre de phlyctènes, lui firent préjuger que les artères du membre avaient dû être coupés, et le décidèrent à pratiquer sur-le-champ l'amputation. La dissection du membre justifia par le fait le pronostic de M. Thomas : l'artère péronière était coupée en totalité, et les deux tibiales antérieure et postérieure seulement en partie.

M. Larrey adresse des éloges à la prudence de M. Thomas, et à son courage qui n'a point reculé devant l'amputation, avant la circonscription de la gangrène du membre; mais, dit-il, si l'on avait pu sonder la blessure et s'assurer exactement de son étendue, on aurait pu couper la jambe au lieu de la cuisse. A cela, M. Nacquart répond que, toute espèce d'exploration pouvant renouveler l'hémorrhagie, M. Thomas s'est comporté avec une extrême prudence pour laquelle il mérite des éloges.

Le sujet de cette observation réveille la question suivante : *Doit-on amputer un membre avant que la gangrène soit bornée?* M. Roux avance qu'on ne doit jamais amputer avant que la gangrène soit bornée, toutes les fois qu'elle dépend d'une cause interne, et qu'elle tend à s'étendre indéfiniment; mais dans d'autres cas, tels que ceux de gangrène traumatique, on est convenu depuis long-temps qu'on peut et doit amputer avant que la ligne de démarcation de la partie mortifiée ne soit établie.

Quant à la méthode de M. Larrey, ajoute M. Roux, qui

veut qu'on ampute la jambe aussi haut que possible, je ne saurais l'adopter, aujourd'hui surtout où MM. Mille, d'Aix et Martin, de Paris, fabriquent des appareils qui s'adaptent si bien à tous les points de la jambe qu'ils remplacent en quelque sorte la partie du membre qui a été sacrifiée.

Séance extraordinaire du 26 novembre. — L'Académie se réunit extraordinairement pour entendre la lecture des travaux des savants qui lui sont étrangers.

Devant revenir sur les sujets des lectures qui ont été faites à l'occasion des rapports, nous ne les mentionnerons point ici.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Sur le cathétérisme, en réponse à une lettre *dite chirurgicale*, de M. Vidal (de Cassis); par M. Mathias Mayor, de Lausanne.

Nous avons rendu compte, dans un des précédents numéros, de la lettre chirurgicale de M. Vidal (de Cassis) (1), et nous n'avons pas joint nos éloges à ceux que cette lettre avait obtenus dans la *Gazette Médicale*, le Journal hebdomadaire, et même dans quelques journaux politiques. Peut-être que, si nous n'avions eu à considérer la production de M. Vidal (de Cassis) que sous le point de vue littéraire, nous n'aurions pas été aussi sévère dans notre jugement; mais dans une œuvre chirurgicale, nous avons cru devoir chercher avant tout de la chirurgie, et nous n'en avons guère vu que dans le titre.

(1) Voir le cahier d'octobre de la *Revue*, pag. 151 et suiv.

Certes, nous sommes loin de trouver mauvais qu'une critique judicieuse sache au besoin revêtir des formes spirituelles et un langage attique ; mais ce que nous blâmons dans une polémique scientifique, c'est qu'à la place des raisons et des arguments solides, on veuille mettre des railleries, des traits piquants, de blessantes personnalités.

M. Mayor a cru devoir répondre à la lettre de M. Vidal ; à sa place nous ne l'aurions pas fait. Quelle valeur peut-on accorder aux critiques d'un chirurgien qui se laisse aller jusqu'à nous représenter le plus célèbre chirurgien de notre époque, Dupuytren, comme un escamoteur, un charlatan, faisant subir à ses élèves des mystifications journalières, et s'inquiétant fort peu, dans les opérations de fistule lacrymale, de placer sa canule *dans le canal nasal ou à côté*, pourvu que l'opération fût promptement faite? Quand on fait aussi bon marché d'une de nos gloires nationales, on peut fort bien ne pas se piquer d'une grande justice envers le mérite étranger.

M. Mayor s'étonne avec raison qu'après avoir écrit de pareilles choses, M. Vidal ait pu être loué d'avoir éloquemment défendu les chirurgiens français contre les attaques du chirurgien de Lausanne; mais il a tort, ce nous semble, de dire que, si Dupuytren vivait, il *rugirait* de se voir ainsi traité par M. Vidal : nous croyons, nous, qu'il en *rirait*.

Nous reprocherons à M. Mayor d'avoir cherché à prendre dans sa réponse le ton léger et satirique de son adversaire ; la plaisanterie sied mal à son esprit helvétique : *faites tous vos vers à Paris, et n'allez pas en Allemagne*, disait, je crois, Voltaire à J.-B. Rousseau; on pourrait donner à M. Mayor un conseil analogue. D'ailleurs, il n'avait pas besoin de recourir à l'arme du ridicule, les bonnes raisons ne lui manquaient pas. On accuse son procédé d'être violent cruel, impraticable; de faire fuir d'épouvante jusqu'aux soldats de la vieille garde. A cette formidable accusation, M. Mayor répond victorieusement, ce nous semble, en publiant les observations de ses nombreux succès, ainsi que les lettres de remercîment de ceux qu'il a guéris.

« Entre une très-grosse et une très-petite canule, dit M. Vidal, »vous faites choix de la très-grosse, pour moi je préfère la moyenne »à laquelle vous ne pensiez pas.» Mais quelles sont donc les dimen-

sions de cette sonde moyenne, ce type de juste-milieu, objet de la prédilection de M. Vidal? A-t-il pensé lui-même à les déterminer? Doit-elle avoir une, deux, ou trois lignes de diamètre? Quant à M. Mayor, il a beaucoup varié les dimensions de ses instruments, il en a de deux lignes et demie et de deux lignes; et il insiste sur le précepte d'aller *prudemment*, *lentement*, d'en bien proportionner le volume à la sensibilité et à la dilatation du canal de l'urètre. Cependant, son adversaire le représente comme un forcené, introduisant de prime abord et de vive force ses plus gros tubes, et traitant l'urètre comme un canal inerte; c'est avec la même bonne foi qu'on lui reproche de proscrire, dans son aveugle prédilection pour l'étain, la cire et la gomme élastique; tandis qu'il recommande *de donner la préférence à ces dernières sondes, toutes les fois que l'introduction du métal est accompagnée de douleurs vives, de répugnance ou d'aversion du côté du malade.* En nous résumant sur cette triste polémique, nous accorderons si l'on veut l'esprit à M. Vidal, mais la raison et le génie chirurgical à M. Mayor... Que l'ingénieux auteur du *nouveau système de deligation chirurgicale* continue ses utiles travaux; les critiques de ses aristarques ne l'empêcheront pas de mériter et d'obtenir la reconnaissance des praticiens.

A. Rozier.

Histoire du choléra-morbus, qui a régné dans l'armée française au nord de l'Afrique, et parmi les autres habitants de cette contrée en 1834 et 1835; par M. F. M. Audouard, médecin principal d'armée.

On a tant écrit depuis quelques années sur le choléra, et cela sans aucun avantage pour la pathologie et la thérapeutique, qu'on ne peut s'empêcher d'éprouver une involontaire répulsion pour toute publication nouvelle qui a cette maladie pour objet; mais qu'on se rassure, l'auteur ne vient pas nous décrire minutieusement une succession de symptômes que tout le monde connaît, ni s'engager dans de longues et ténébreuses discussions, sur la nature et le siége de cette maladie, il n'examinera, dit-il dans son introduction, ni sa nature, ni son origine, ni son caractère, ni sa thérapeutique.

Envoyé à Alger par le ministre de la guerre, lors de l'invasion du choléra, M. Audouard veut seulement décrire la marche de l'épidémie dans la régence, indiquer les localités qui ont été les premières envahies, celles qui ont plus cruellement souffert, et faire connaître l'atteinte différente qu'ont éprouvée les populations diverses qui vivent là sur le même sol. Mais, avec des noms et des habitudes si opposées, cette partie de son travail était la plus intéressante, elle était susceptible de nombreux développements, nous regrettons que l'auteur l'ait à peine ébauchée. Il termine enfin par ce qui était l'objet principal de sa mission, par quelques conseils d'hygiène militaire, très-sages sans doute, mais qui n'ont rien de nouveau.

Il est une chose, cependant, qui, bien qu'elle ne soit pas nouvelle, sera remarquée dans le récit de M. Audouard; c'est le zèle, l'activité, le courage qu'ont montrés dans cette circonstance les officiers de santé de l'armée; plusieurs ont été victimes de leur admirable dévouement; quand le fléau fut passé, leurs rangs étaient considérablement éclaircis, aucun corps d'officiers n'avait éprouvé des pertes aussi nombreuses, aussi cruelles. Eh bien! malgré tout cela, *aucun d'eux*, nous citons textuellement les paroles du médecin principal qui doit être cru, *aucun d'eux* n'a reçu les récompenses qui avaient été promises; plusieurs ont éprouvé les vexations d'une administration tracassière et jalouse; enfin, M. Audouard lui-même a éprouvé une véritable disgrace. *Sic vos non vobis.*

A. Rozier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire de Médecine; par MM. Adelon, Béclard, Bérard, Biett, Blache, etc., etc.; deuxième édition, tom. XIV, chez Bechet, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

Dictionnaire historique et iconographique de toutes les opéra-

tions et des instruments, bandages et appareils de la chirurgie ancienne et moderne, avec 1500 dessins; par Colombat (de l'Isère), D. M., etc. Tome 1er, première partie; chez l'auteur, rue du Cherche-Midi, 91, prix 5 fr. chaque partie.

Facts and cases in obstetric médicine, with observations on some of the most important diseases incidental to females. By. G. Ingleby meniber of royal college of Surgeons, London, etc. — London, Longman, Rees, Ormc, etc.

Recueil des principaux travaux des conseils de salubrité du département de l'Aube, septembre 1835.

Mémoires sur les tumeurs ganglionnaires de la région cervicale; par P. N. F. Malle, agrégé de la Faculté de Strasbourg, etc., broch. in-8° 1836. Strasbourg.

Histoire médico-légale de l'aliénation mentale; thèse du concours pour la chaire de médecine légale; par le même. Strasbourg, 1836.

Des contre-indications aux opérations chirurgicales, thèse du concours pour la chaire de pathologie externe; par le même. Strasbourg, 1836.

Traité complet des manœuvres de tous les accouchements, avec 180 aphorismes, sur les soins que réclament la mère et l'enfant pendant le travail, immédiatement après le travail et pendant les neuf premiers jours qui suivent la parturition, accompagné de 13 planches; par E. Adet de Roseville, docteur médecin de la Faculté de Paris, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, etc., et Mme J. Mercier, maîtresse sage-femme de la même Faculté, professeur d'accouchements. 1 vol. grand in-18, prix: 3 fr. 50 c.; chez Deville Cavellin, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 10.

Tableau synoptique des races humaines, montrant leur origine, leur distribution géographique, leurs caractères physiques et moraux, leurs langues, leur religion, leur civilisation, les peuples dérivés, avec une carte indiquant la distribution géographique des familles humaines à la surface du globe, et des figures servant de type à chaque race ; par M. le docteur Saucerotte, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de plusieurs sociétés savantes, auteur des Éléments d'Histoire naturelle et de plusieurs ouvrages couronnés.— Une feuille grand-aigle superfin, avec carte et gravures, imprimée avec grand soin, et de manière à pouvoir servir d'ornement à une bibliothèque.

Prix : Figures noires, 5 fr.; figures coloriées, 7 fr.

Paris, chez Just Rouvier et Le Bouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Nouveau Formulaire des praticiens, contenant les formules des hôpitaux civils et militaires de Paris, de la France, de l'Italie, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la Russie, de la Pologne, etc.; suivi des secours à donner aux asphixiés et aux empoisonnés, et précédé d'un Mémorial thérapeutique par F. Foy, docteur en médecine de la Faculté de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital de l'Ourcine, membre de la Société de Pharmacie. — Deuxième édition, considérablement augmentée. 1 vol. in-18 de 502 pages à deux colonnes.

Prix : 3 fr. 50 c.— Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

Réflexions sur la vaccine et la variole, ayant pour but d'obtenir par la vaccination l'extinction complète de la petite-vérole; par J. A. Brisset, D. M. P., membre de plusieurs sociétés savantes.— Première partie dans laquelle est indiquée la cause primitive la plus probable de la variole.

Paris, chez madame Marcel, libraire, rue du Cherche-Midi, 4.

TABLES.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Mémoire posthume et inédit sur la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie; par M. Léveillé, méd. de l'H.-Dieu, 5.

Observations sur les effets du baume de copahu et de la décoction de café cru dans des cas de gravelle, de néphrite et de goutte, accompagnées de diverses notes pratiques; par J.-A. Chrestien, 34.

Observations sur l'influence du moral sur le physique; par le docteur Pamard, 47.

De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur; par M. Raoul-Chassinat. (Suite et fin), 56.

Clinique de l'hôpital de Cayenne; par M. Segond, 161, 329.

Mémoire sur la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement; par M. Mondière. (2e article), 184.

Emploi de l'oxi-phosphate de fer pour combattre le cancer; par M. Fuzet-Dupouget fils, 202.

Observation sur un accouchement remarquable par sa marche et par les effets du seigle ergoté; par le docteur Ronzel père, 213.

Mémoire sur la question suivante: Déterminer quelles sont, dans les affections dites typhoïdes, les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires; par M. Léonardon, 305.

Histoire de l'épidémie de dysenterie qui a régné en Bretagne en 1834 et 1835, et spécialement dans l'arrondissement de Châteaubriant; par MM. Verger et Chauvin. (Cinquième article), 369.

Opération de lithotritie; par M. Gustave Vignolo, 397.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Analyses d'ouvrages. De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration; par A.-J.-B. Parent-Duchâtelet. (Analysé par M. *Virey*, D. M. et député), 82.

De la lithotripsie; par M. Leroy-d'Etiolles. (Analyse par M. *Loir*), 220.

Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par le professeur Chomel, recueillies et publiées par A. P. Requin. (Analyse par M. *Corby*), 408.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS. — (*Octobre.*) Hermaphrodite. — Pieds-bots. — Combustion humaine spontanée. — Acide arsénieux, 96.
(*Novembre.*) — Créosote et eau de goudron. — Suicides de l'époque actuelle. — Mesures hygiéniques contre la syphilis. — Statistique du royaume de Naples, 231.
(*Décembre.*) — Arachnitis : emploi des frictions mercurielles, 426.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS. Découverte des rameaux artériels qui déterminent l'érection du pénis chez l'homme et chez les animaux. — Cas d'empoisonnement par des pommes de terre gâtées. — Commentaires anciens sur Hippocrate et Gallien. — Remarque sur les sensations des amputés. — Nouvelles méthodes pour guérir les fistules de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme. — Nouvel appareil pour le traitement des fractures du membre inférieur, 117.
REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS, AMÉRICAINS, ALLEMANDS ET ITALIENS. Remède contre la rage. — Extirpation d'un kyste de l'ovaire. — Structure de la rétine. — Apoplexie guérie par les frictions mercurielles. — Opération césarienne suivie de succès. — Rupture du cœcum. — Ventouses contre les fièvres intermittentes. — Grossesse hydatique. — Métrorrhagie mortelle. — Anévrysme du canal thoracique, etc., 243.
REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET INDIENS. Influence de la lune dans les climats tropicaux. — Bandages herniaires. — Spasme des muscles du cou. — Anévrysme de l'artère temporale, 442.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE. (*Octobre.*) Structure des dents. — Lithotritie. — Moyen d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines, dans les opérations. — Renversement des objets sur la rétine dans l'acte de la vision. — Dissémination de la vaccine sur plusieurs points du corps à la fois. — Mort de M. de Jussieu. — Infusoires du pus syphilitique. — Caractère différentiel des serpents venimeux et non venimeux. — Éther citrique. — Plâtre coulé dans le traitement des pieds-bots. — Effets de l'inoculation de la morphine, 131.
(*Novembre.*) — Pluie de crapauds. — Fluide électrique de la torpille. — Solidification de l'acide carbonique. — Principe odorant du vin. — Lait d'ânesse. — Instruments de lithotritie. — Manne hébraïque. — Inoculation du tartre stibié uni à l'huile de croton tiglium. — Nain d'Illyrie. — Tubes à double conduit pour vider la plèvre sans permettre l'introduction de l'air, 258.
(*Décembre.*) — Éthers mucique et citrique. — Appareil antiméphitique de J. Vasseur. — Pieds-bots. — Structure des dents. — Luxations. — Scie double à feuillets parallèles de Delamotte, 443.
ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. (*Octobre.*) — Coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie

du ventricule gauche du cœur. — Instrument de lithotritie de M. Beniqué. — Hernies. — Scie à molettes du docteur Martin. — Déviation de l'épine. — Métrorrhée séreuse pendant la grossesse. — Luxation de la mâchoire inférieure. — Orchite. — Fistules vésico-vaginales transverses. — Polype du larynx, 137.

(*Novembre.*) — Traitement de la gale. — Affections consécutives de la peau dans la syphilis. — De la volonté considérée comme agent thérapeutique. — Coup de feu : baguette implantée dans les vertèbres dorsales. — Influence du climat d'Alger dans la phthisie pulmonaire. — Anneau accidentel dans la hernie inguinale. — Phthisie. — Empyème. — Recherches chimiques sur l'urine. — Acarus de la gale, 264.

(*Décembre.*) — Cowpox de Rambouillet. — Hydrothorax, discussion sur l'empyème. — Nomination de M. Dubois (d'Amiens) membre de l'Académie. — Orchite blennorrhagique. — Plaie par un coup de faux à la partie supérieure de la jambe, 445.

Société de médecine de paris. (*Octobre.*) — Chlorure de soude. — Hémorrhagies cérébrales. — Prolapsus de la matrice, 144.

(*Novembre.*) — Gangrène par piqûres de sangsues. — Névralgie faciale intermittente. — Extirpation d'une énorme tumeur du vagin. — Hémorrhagie sous-cutanée, épidémique, à Bicêtre. — Déviation singulière des règles, 271.

VARIÉTÉS.

Rapport fait à la Société de médecine de Paris. — Notice sur M. Demours. — Prix de St-Pétersbourg, 280.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

A. Vidal, Cathétérisme forcé, 151.

Doisy, Essai sur l'histoire naturelle du département de la Meuse, 153.

Lesauvage, Recherches sur les annexes du fœtus humain, 155.

Dupuytren, Traité théorique et pratique des blessures par armes de guerre, 299.

Davat, Du traitement curatif des varices par l'oblitération des veines, 300.

Malgaigne, Manuel de médecine opératoire, 302.

Mathias Mayor (de Lausanne), Sur le Cathétérisme, en réponse à une lettre *dite chirurgicale* de M. Vidal (de Cassis), 452.

Audouard, Histoire du choléra qui a régné dans l'armée française du nord de l'Afrique, et parmi les autres habitants de cette contrée en 1834 et 1835, 454.

Bulletin bibliographique, 160, 304, 455.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

Acarus de la gale, 270.
Acide arsénieux, 115.
Accouchement, 184.
— (Effets du seigle ergoté sur un), 213.
Air (Moyen d'empêcher l'introduction de l') dans certaines opérations chirurgicales, 132.
Alger (Climat d'), 287.
Amputés (Sensations des), 121.
Anévrysme, 232.
Anévrysme de l'artère temporale, 442.
Apoplexie guérie par les frictions mercurielles, 246.
— coïncidant avec l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, 138.
Appareil anti-méphitique de M. *Vasseur*, 444.
Arachnitis traité par les frictions mercurielles, 426.
Audouard, 454.

B.

Baguettes de fusil dans les vertèbres dorsales, 466.
Bandages herniaires, 438.
Barre, 426.
Bénique (Instruments de lithotritie de), 139.
Blessures par armes de guerre (Traité sur les), 299.
Bouvier, 105.
Brouc, 235.
Bulletin bibliographique, 160, 303, 455.

Café cru (Décoction de), 34.
Cancer, 202.
Carbonique (Acide), 259.
Cathétérisme (Sur le), 151.
Cathétérisme forcé (Lettre à M. Mayor de Lausanne, par M. *Vidal*, de Cassis), 151.
Cayenne (Clinique de l'hôpital de), par M. *Segond*, 161, 329.
Césarienne (Opération), 246.
Chassinat, 56.
Chauvin, 369.
Chlorure de soude, 144.
Choléra-morbus des troupes françaises en Afrique, 454.
Chomel, 408.
Chrestien (de Montpellier), 34.
Clinique médicale (Leçons de), par M. *Chomel*, 408.
Cœcum (rupture du) chez une femme en couches, 247.
Cœur (Hypertrophie partielle du), 138.
— (Dilatation partielle du), 56.
Combustion humaine spontanée, par M. *Jolly*, 109.
Commentaires anciens sur Hippocrate et Galien, par M. *Dietz*, 119.

Copahu (Baume de), 34.
Corby, 426.
Cowpox de Rambouillet, 445.
Crapauds (Pluies de), 258.
Créosote, 231.
Croton (Huile de), 253, 262.

D.

Davat, 300
Demours, 280.
Dents (Structure des), 131.
Déviation de l'épine, 141.
Dieffembach, 123.
Dietz, 119.
Dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, par M. *Chassinat*, 56.
Dysenterie (Épidémie de) qui a régné en Bretagne en 1834 et 1835, et spécialement dans l'arrondissement de Châteaubriant, par MM. *Verger et Chauvin*, 369.
Dupuytren, 299.

E.

Eau de goudron, 231.
Empoisonnement par des pommes de terre gâtées, par le docteur *Kahler*, de Prague, 118.
Empyème (Opération de l'), 268.
Empyème, 446.
Épine (Déviation de l'), 141.
Érection (Rameaux artériels qui déterminent l') du pénis chez l'homme et chez les animaux, 117.
Éther citrique, 136.
Éthers mucique et citrique, 443.

F.

Fémurs (Luxation de deux), 236.
Fer (Oxi-phosphate de) pour combattre le cancer, 202.
Fièvres intermittentes, 248.
Fistules du canal de l'urètre, 123.
Fistules (Nouvelle méthode pour guérir les) de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme, 117.
— vésico-vaginales transverses, 143.
Fœtus humain (Annexes du), par M. *Lesauvage*, 155.
Fractures du membre inférieur, 127.
Frictions mercurielles contre l'arachnitis, 426.
Fuzet-Dupouget fils, 202.

G.

Gale, 264.
Galien (Commentaires anciens sur), 119.
Gottoche, 245.
Goutte, 34.
Gravelle, 34.
Grossesse, 184.
— hydatique, 249.

H.

Hémorrhagies cérébrales, 144.
Hémorrhagie sous-cutanée épidémique, 271.
Hermaphrodite connu sous le nom de Marie-Dorothée Derier et Charles Durgé, 96.
Hernies, 140, 268.
Hippocrate (Commentaires anciens sur), 119.
Histoire naturelle du département de la Meuse, par M. *Doisy*, 133.
Hydrothorax, 446.
Hypertrophie partielle du cœur, 138.

I.

Infusoires du pus syphilitique, 134.
Inoculation du tartre stibié, 262.

J.

Jolly, 109.

Jussieu (Mort de), 134.

K.

Kammerlache, 127.
Killian, 250.
Kittenbaum, 244.

L.

Lait d'ânesse, 261.
Larynx (Affections du), 253.
— (Polype du), 144.
Lens (De), 153.
Léonardon, 305.
Leroy-d'Etiolles, 220.
Léveillé, 5.
Lithotritie, 132, 139, 220, 255, 397.
Lune (Influence de la) dans les climats tropicaux), 437.
Luxations, 444.
— de la mâchoire inférieure, 142.

M.

Maaeck (de Bonn), 96.
Mâchoire inférieure (Luxation de la), 142.
Malgaigne, 302.
Manne hébraïque, 262.
Matrice (Prolapsus de la), 149.
Mayor (Mathias), 151, 452.
Médecine opératoire (Manuel de), 302.
Mercurielles (Frictions), 246.
Métrorrhagie, 141, 250.
Mondière, 184.
Moral (Influence du) sur le physique, par M. *Pamard*, 47.
Morphine (Effets de l'inoculation de la), 136.
Muller, 117.

N.

Nain, 263.
Naples (Statistique du royaume de), 240.
Néphrite, 34.
Névralgie rhumatismale aiguë de la vessie, 5.

O.

Ophthalmie scrofuleuse, 254.
Orchite, 143.
— blennorrhagique, 450.
Ovaire (Kyste de l'), par M. *Kittembaum*, 244.

P.

Pamard (d'Avignon), 47.
Parent-Duchâtelet, 82.
Paton, 115.
Pétersbourg (Prix de St-), 280.
Pétréquin, 231.
Phlébite, 268.
Phthisie pulmonaire, 267.
Pieds-bots, 105, 136, 444.
Plaies par un coup de faux, 450.
Plâtre coulé, dans le traitement des pieds-bots, 136.
Polype du larynx, 144.
Portal, 249.
Prolapsus de la matrice, 149.
Prostitution dans la ville de Paris, 82.
Pus syphilitique (Infusoires du), 134.

R.

Rage, 243.
Ratier, 238.
Règles, 271.
Renversement des objets sur la rétine dans l'acte de la vision, 133.
Requin, 408.
Rétine, 133, 245.
Ronzel père, 213.
Rozier, 155.
Rupture du vagin et de la trice, 184.

S.

Salvatore de Renzi, 240.